

健康保険 限度額適用認定申請書

記入例

(マイナ保険証を利用される場合は、この用紙による事前申請は不要です)

事業所に提出する日
を記入する

受領月日

受領印

係

事務長

常務理事

【申請日】令和 6 年 4 月 21 日

被 保 険 者 欄	記号	番号	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ
	被保険者証の (左づめ)	1 2	3 4 5 6 7 8	健 保 太 郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 〇〇〇〇 ()
会社名 事業所 所 属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			※退職者の方は住所をご記入ください。

※任意継続被保険者の方は、本申請書と合せて保険証の写しを添付してください。

療 養 を 受 け る 方 (適 用 対 象 者 欄)	※70才未満の方が対象です							
	療養を受ける方	氏名	健 保 花 子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53 年 11 月 22 日				
	適用対象者の住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3						
	認定証必要期間 (申請期間)	<input checked="" type="checkbox"/> 3ヵ月 <input type="checkbox"/> 半年(6ヵ月) <input type="checkbox"/> 1年(12ヵ月)	健保処理欄					
		※ 発効日は申請のあった月の初日となります。前月に遡っての発行はできません。 ※ 有効期限は最長1年間です。(上記未記入の場合は1年での発行となります)		発効年月日				
				有効期限				
傷病の原因は第三者の行為(交通事故など)によるものですか? ※相手がいる場合の傷病による受診について、保険証を使う場合は健保へ届出が別途必要です。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者(任意継続被保険者は除く)が申請出来ない場合にご記入ください。							
	この欄は、被保険者が申請出来ない場合に、事業主が代行申請を行う申請欄です。事業主は、上記(被保険者欄・適用対象者欄)記入のうえ申請してください。							
	事業主氏名							
	電話番号							

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

〔備考〕	受付日付印
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)	

(2024.04)