

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

～申請の前にご確認ください～  
マイナンバーカードを保険証利用することにより、限度額適用認定証は不要になりますので、この機会に利用登録をお願いいたします。

## 健康保険限度額適用認定申請書

◎「※」印は記入方法の記入例が記載されていますので、ご確認ください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		性別	
※	(左詰め)	(氏)	(名)	男・女	
生年月日		被保険者の住所			
昭和 平成 令和	年 月 日	〒 -			
電話番号(日中の連絡先)		被保険者の勤務する事業所			
		名称			
		所在地			
申請 代行者	申請代行者の氏名(押印不要。下記確認欄必須)		適用対象者との関係		
	(氏)	(名)	事業所担当者・その他( )		
適用 対象者	※適用対象者が本人の場合、氏名欄に「本人」と記入。生年月日・続柄・性別は記入不要。				
	氏 名		生年月日	続柄	性別
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日		男・女
	認定証必要期間				
	令和	年	月	日 ~ ( )	か月 週間 日間 位
申請の理由 ※いずれかに○印 ①②に当てはまらない場合は③で詳細記入					
①入院(検査・手術) ②外来(治療・検査) ③その他( )					
送付先	上記被保険者住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。 ※会社宛の場合は、社名・部署などをご記入の上、個人名も必ずご記入ください。				
	住 所	〒 -			
	電話番号	(日中の連絡先)TEL			
	宛 先				
備 考					
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。				
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)または申請代行者が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人または申請代行者が確認している。				

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。

令和 年 月 日

## 健保使用欄

認定証期間	年 月 日 ~	年 月 日
適用区分 ☑	月 額	特記すべき事項
<input type="checkbox"/> 区分ア (月額83万円以上)	千円	
<input type="checkbox"/> 区分イ (月額53万~79万)	千円	
<input type="checkbox"/> 区分ウ (月額28万~50万)	千円	
<input type="checkbox"/> 区分エ (月額26万円以下)	千円	
<input type="checkbox"/> 区分オ (住民税非課税)	千円	

受付印

--