

常務理事		担当者	

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

記 号 ・ 番 号			被 保 険 者 日 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
被 保 険 者 名 氏	(フリガナ)			備 考 欄	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、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。)
被 保 険 者 所 号 住 電 話 番	〒 TEL				
事 業 所 名 称			事 業 所 所 在 地	〒	
認 定 対 象 者 の	氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 令和
療 養 予 定 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ※記載がない場合、発効期間は原則受付した月の1日から6ヶ月間となります。				
* 上記住所とは別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
住 所	〒 TEL				
宛 名					

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

ご記入いただくうえでの注意

- ・ 記号・番号は保険証に記載されております。
- ・ 書類に不備があった場合、当健保組合よりご連絡いたしますので、忘れずに電話番号をご記入ください。
- ・ 任意継続被保険者の方が申請する場合、事業所名称に「任意継続被保険者」とご記入ください。
- ・ 療養予定期間が不明、見通しが立たない等の場合は、空欄のままご提出いただいても結構です。
- ・ 療養予定期間が1年以上に及ぶ場合、発効期間は1年間までとさせていただきます。1年以上限度額適用認定証をご利用される場合、再度申請書をご提出ください。