健康保険限度額適用認定申請書

健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被保険者	被保険者証	記号	○	○	○	番号	○	○	○	○	○		
	氏名	健保　太郎											
	住所	○○市○○町1-1											
	事業所名	○○株式会社											
対象者	氏名	健保　花子					被保険者との続柄	妻					
	生年月日	昭和 ・ (平成) ・ 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日											
認定証の使用を始める日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (入院の場合は入院日 外来の場合は使用を始める日)											

◎ 限度額適用認定証は有効期限内であれば、入院又は外来のどちらにも使用できます。

※ この申請書を健康保険組合で受付した月の初日から有効となる「限度額適用認定証」が交付されます。 (受付した月に資格取得及び扶養認定されたときはその取得日)

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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(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が必要です。)

備考欄	

マイナ保険証をぜひご利用ください。
限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
(マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。)

受付	年　月　日	常務理事	事務長		係
交付	年　月　日				

受付日付印