

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号				—	事業所 名称	
	氏名						
	生年月日		昭和 平成	年	月	日	所在地
	住所	〒	—	—	—	都 道 市 区 府 県 町 村	
	日中の連絡先	—			—		

適 用 対 象 者	氏名					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄

認定証 提示(予定) 医療機関	入院	医療機関名	入院(予定) 期間	令和	年	月	～	年	月
	外来	医療機関名					(調剤薬局名)		

入院・外来 該当する方に○をしてください

\* 限度額適用認定証の送り先が、被保険者住所と別のところを希望の場合にご記入ください。

認 送 定 付 証 先	住所	〒	—	—	—	都 道 市 区 府 県 町 村
	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

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付年月日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## マイナ保険証の利用で限度額適用認定証が不要になります

マイナ保険証が利用できれば、この限度額適用認定証の事前申請は不要です。  
マイナ保険証の利用登録をおすすめいたします。