

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額が適用となります。  
 便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者の 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇
被保険者	氏名	〇〇 太郎		
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
事業所	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇123-5		
適用対象者	氏名	〇〇 花子	被保険者 との続柄	妻
	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 〇年 〇〇月 〇〇日	性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇256-54		
申請理由		<input checked="" type="radio"/> マイナ保険証未取得 <input type="radio"/> その他 ( )		
当該認定証を 提出する 医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇111-22		
	入院日(予定日)	〇年 〇月 〇日		
	想定される入院期間	〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日		

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。 〇年 〇月 〇日

受付年月日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	