

常務理事		健保 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を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者証		記号 999	番号 12345		
被保険者 氏名	フリガナ ニッポ タロウ 日鋪 太郎	生年月日	昭 平 令 55年 2月 2日		
認定対象者 氏名	フリガナ ニッポ ハナコ 日鋪 花子	生年月日	昭 平 令 58年 10月 10日	被保険者 との続柄	妻
使用予定日	令和 6年 3月 から使用開始予定 (令和 年 月まで)				
希望送付先	1. 会社へ送付 <input checked="" type="radio"/> 2. 自宅へ送付 3. その他住所へ送付	* 自宅以外へ送付を希望する場合にご記入下さい。 (病院宛てに送付の場合、病院に受取り確認済み → <input type="checkbox"/> はい) 〒 住所 宛名			

※認定証は使用予定期間の記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。
例：令和6年3月15日申請の場合、3月1日が発効年月日となります。

上記のとおり申請します。

令和 6年 3月 5日

〒 104-0031

住所 東京都中央区京橋1-19-11
被保険者 氏名 日鋪 太郎

健康保険組合理事長殿