

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。

被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー ※記号・番号が分からない場合は記入してください — —			
	フリガナ		生年月日	昭 平 令	年	月 日
被保険者 氏名	フリガナ		生年月日	昭 平 令	年	月 日
認定対象者 氏名	フリガナ		生年月日	昭 平 令	年	月 日
					被保険者 との続柄	
使用予定日	令和 年 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	* 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)				
	2. 自宅へ送付	〒 住所				
	3. その他住所へ送付	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12月15日申請の場合、12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 年 月 日

被保険者	住所	〒
	氏名	