

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		
	123	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 1月23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	56年 3月21日 被保険者 との続柄 妻
使用予定日	令和 6年12月 から使用開始予定 (令和 年 月まで) ※				
希望送付先	<input checked="" type="radio"/> 1. 会社へ送付 <input type="radio"/> 2. 自宅へ送付 <input type="radio"/> 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) 〒104-8380 住所 東京都中央区京橋1-19-11 宛名 (株) NIPPO ○○部 □□宛			

※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 6年 12月 5日

被保険者	住所	〒222-0032 神奈川県横浜市港北区大豆戸町26
	氏名	日鋪 太郎