

【印刷、申請をされる前に】

マイナ保険証を利用すれば、
限度額適用認定証の提示は
不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

常務理事	事務長	記載例			長	係員

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号		被保険者氏名				
1234 - 123		健保 太郎				
事業所	名称	〇〇土建株式会社				
	所在地	〒 104 - 0000 東京都中央区八丁堀〇丁目〇番〇号				
適用対象者	氏名	健保 太郎			続柄	本人
	生年月日	5: 昭 9: 令	03	11	15	性別
申請期間		令和 6 年 3 月 ~ 令和 年 月				
被保険者(適用対象者)住所		〒 104 - 0000 東京都中央区八丁堀〇丁目〇番〇号 Tel 03 (1111) 1111				
認定証返送先		1. 事業所担当者あて 2. 被保険者(適用対象者)住所あて 3. その他(申請代行者)				
3. を選んだ方のみ 住所・連絡先・宛名・理由を 記入してください		住所 〒 - 連絡先 Tel () 宛名 理由 1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ()				

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。

組合受付印

※1.必ず郵送での提出をお願いします。(FAXでの受付はしていません)

2.申請期間は最大1年間申請することが可能です。

また、未来月に対して発行することができません。

3.マイナンバーカードを保険者証として利用すれば申請は不要となります。