

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。

被保険者証 (被保険者手帳)	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	●昭和 ○平成 ○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	○昭和 ●平成 ○令和 ○ 年 〇〇 月 〇〇 日			性別	○男 ●女	
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇256-54					
当該認定証を 提出する 医療機関	名称	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)	○ 年 ○ 月 ○ 日					
	想定される入院期間	○ 年 ○ 月 ○ 日～ ○ 年 ○ 月 ○ 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。 ○ 年 ○ 月 ○ 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	