

限度額適用認定証は、
簡易書留で送付します

健康保険限度額適用認定申請書

【本人が申請する時の
記入例】

本書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。

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	20 - 555555	氏名	健康太郎		
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50年 10月 15日				
	所属事業所	〇〇〇〇(株)(△△△(株)出向中)				被保険者が、健康保険組合の事務所での受取りを希望される場合は、「その他」にチェックし、「本人受取」と記入してください。受取りの際、ご本人様確認に、保険証または写真付の身分証明書が必要です。
	所属名称	〇〇〇〇部 〇〇課 〇〇担当				
	認定証の 送付先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 受領代行者 <input type="checkbox"/> その他()				自宅以外に送付する場合は、送付先の会社名や部署名、病院のときは病院名・病棟・部屋番号、配偶者の実家に送付するときは配偶者の旧姓(〇〇様方)など、詳しく記入してください。
		〒700-0001 広島市中区〇〇町〇〇番〇〇号				
	連絡先勤務先	082 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	連絡先自宅	082 - △△△ - △△△△		
適 用 対 象 者	被保険者が適用対象者の場合は記入不要です。					
	氏名	健康二郎	被保険者との続柄	子	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 29年 3月 20日				
認定を必要とする期間 (入院または通院の予定期間)	令和 3年 8月 1日 ~ 令和 4年 3月 31日 ※ 認定期間は最長1年間です。					
申 請 ・ 受 領 代 行 者	被保険者以外の方が申請または受領する場合にご記入ください。					
	氏名		印	被保険者との関係	代行する事項 <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 受領	
	住所	〒 -				
	電話番号 (日中)	-				
	申請代行者	被保険者が必ず記入してください。 記入漏れの場合は、返却させていただきます。 または受領できないため				

被保険者
確認欄



この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。

- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請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。

受 付 印