

- ① 保険証を見て、記号－番号を記入
- ② 被保険者本人の氏名・住所・電話番号を記入
- ③ 被保険者本人の勤務先情報を記入（任意継続被保険者の場合は記入不要です）
- ④ 限度額適用認定証の利用者の情報を記入（被保険者本人が利用する場合も記入ください）
- ⑤ 限度額適用認定証を利用する年月を記入（令和 1 年 5 月に手術する場合、記入例の通り記入ください）
- ⑥ 治療を受ける医療機関の名称・所在地を記入
- ⑦ 申請書に記載されている送付先の条件に当てはまらない送付先を希望する場合は、必ず送付先を郵便番号から記入
（例：被扶養者が利用するが認定証は自宅へ送ってほしい、入院先の医療機関へ送ってほしい・・・等）
- ⑧ 申請書の記入日を記入

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

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号－番号		① 1 — 12345	
	被保険者の	氏 名	大 金 太 郎	
		住 所	〒 111- 1111 大阪市北区中崎西1-1-1	
		電 話	(06) 0673 - 4300	
	認定対象者 (治療を受ける方)	氏 名	大 金 一 郎	
		生年月日	昭和 平成 令和 2 年 4 月 5 日	
		性 別	男 ・ 女	
	治療予定年月		⑤ 令和 1 年 5 月 から	
	治療を受ける 医療機関等の	名 称	〇〇病院 (××薬局)	
		所在地	〇〇市 ××区 △△町 1 - 1	
「限度額適用認定証」の送付先		⑦		
		【認定証送付先の決まり】 認定対象者が本人、又は任継者(本人、家族)の場合 ⇒ 記載の自宅住所へ送付 認定対象者が家族の場合 ⇒ 記載の勤務先へ送付 上記に当てはまらない場合は、下記記入欄に指定住所を記入ください 〒XXX-XXXX 〇〇市 △△町 1-2-3		
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。 ⑧ 令和 1 年 5 月 1 日				