

年 月 日	常務理事	事務長	担当者
承認			

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			事業所	名 称				
	生年月日	昭平	年		月	日	所在地		
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄					
	生年月日	昭平令	年	月	日	療養開始(予定)日	令和	年	月
備 考									

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

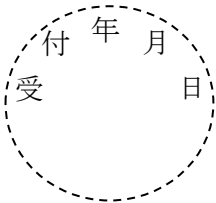
●通常は事業所へ送付しますが、対象者がすでに入院中など、緊急の場合は送付先をご記入下さい。

希望する送付先	自宅 ・ 病院() ・ その他()	
送付先の住所	〒 (電話番号)	

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。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合 御 中



マイナ保険証を利用すれば、この様式による限度額適用認定証の事前申請は不要になりますので、マイナ保険証をぜひご検討ください。