

| | | | | | |
|----------------|------|----|---|---|------|
| 健康保険限度額適用認定承認伺 | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 適用（資格取得）年月日 | 被保険者 | 年 | 月 | 日 | 常務理事 |
| | 被扶養者 | 年 | 月 | 日 | |
| 標準報酬月額 | 千円 | | | | 担当者 |
| 認定証発効年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |

健康保険限度額適用認定申請書

※下記枠内のみご記入ください。

※マイナンバーカードをお持ちの方は、マイナ保険証にて限度額の適用を受けるようお願いします。

| | | | | | | | | |
|------------------------------|------|----------|---------------------|---|----|---|---|------------------------------|
| 被保険者証の記号・番号 | | 記号 | 番号 | | | | | |
| マイナンバーカード | | 有 ・ 無 | 保険証紐付け登録 有 ・ 無 | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | 事業所 | 名称 | | | | | |
| | 生年月日 | | 所在地 | | | | | |
| 被保険者の住所 | | 〒 | | | | | | |
| 適用対象者 | 氏名 | 被保険者との続柄 | | | | | | |
| | 生年月日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | |
| マイナンバーカード | | 有 ・ 無 ※ | 保険証紐付け登録 有 ・ 無 ※ | | | | | |
| ※ マイナ保険証を利用しない理由 | | | | | | | | |
| 療養予定期間 | 令和 | 年 | 月 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 記載がない場合、原則受付した月から3ヶ月有効となります。 |
| 送付希望先 | 〒 | | | | | | | |
| 被保険者と別のところに送付を希望する場合に記入ください。 | | | | | | | | |

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。