

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

法令により、令和6年12月2日以降は、「資格確認書の交付を受けているもの」
および「マイナ保険証を保有していないもの」のみ交付することができます。

健康保険限度額適用認定申請書

<記入時の注意事項>

- ① 「氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「事業所」・「所在地」欄については、現在お勤めの会社・部所名
およびその住所・連絡先をご記入ください。

健康保険被保険者証 記号・番号		4000・1234567	申請年月日	令和 年 月 日	
被保険者	① 氏名	健保 太郎	印	生年月日	S H・R 年 月 日
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇 電話(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇			
	事業所	(所属部所名までご記入ください) 四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター			
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇 電話(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇			
適用対象者	氏名	健保 花子	生年月日	S H・R	年 月 日
	性別	男 ・ 女	被保険者との 続柄	妻	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇 電話(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇			
③ ☐ 健康保険限度額適用認定の交付対象者であることを確認しました。					
適用対象者 入院等(予定)期間		④ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
限度額適用認定証の 希望送付先		⑤ (該当に ○) 事業所	・	被保険者	・ 適用対象者

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。

[交付対象者]

- ・資格確認書の交付を受けているもの
- ・マイナ保険証を保有していないもの

付 年 月 日
受

<記入時の注意事項>

- ③ 交付対象者であることを確認のうえ、☐ に✓をして下さい。
- ④ 「適用対象者の入院等(予定)期間」欄について、
「認定証」の有効期間を定める必要から、未定の場合でも
大体の期間を必ずご記入ください。
- ⑤ 発行した「認定証」発送方法は以下のとおりとなります。
○事業所・・・被保険者の勤務先へ社内メールにて送付します。
○被保険者・・・被保険者の自宅へ簡易書留にて送付します。

※ これから下の欄は記入する

標準報酬月額	(年 月)
証交付	・
証送付	・