

健 保	常務理事	事務長		担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		〇〇〇 ----- 〇〇〇〇〇〇				
被保険者	氏名	三菱 太郎		事業所	名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日			所在地	〇〇県〇〇市××町1
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	本人	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		性別	男・女	
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
備考欄						

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、本人確認をするための書類が必要です。)

* 限度額適用認定証の有効期限は最長1年間です。これを超える場合は再申請が必要となります。

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。

【健保使用欄】

受付年月日

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ