

健 保	常務理事	事務長	1	2	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		000 ----- 000000			
被保険者	氏名	三菱 太郎 ②	事業所	名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	昭 ・平・令 00年 00月 00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 00年 00月 00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			

