

事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

## 健康保険限度額適用認定申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。  
**便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。**

※任意継続被保険者は記入不要です。

保険証の 記号・番号 (右づめ)	記号							番号						
------------------------	----	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--

事業所名称	
-------	--

被保険者	氏名	(フリガナ) ----- (氏) ----- (名)											
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	備考							
認定対象 者欄 ※発行する 人が被保険 者と異なる場 合のみ記入	氏名	(フリガナ) ----- (氏) ----- (名)										続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		性別	男 ・ 女					
確認欄 (どちらかに○)	交通事故(自損事故含む)ですか	該当・非該当			労働災害に該当しますか	該当・非該当							
自宅住所	〒												
	電話番号 (自宅・携帯) ※右づめ												
送付方法 (どれかに○)	事業所経由 ・ 自宅住所へ郵送 ・ 下記送付希望先へ郵送												
※「自宅住所へ郵送」希望の場合、送付希望先の記入は不要です。													
送付希望先	〒						宛名						

※「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請 代行者	氏名	(フリガナ) ----- (氏) ----- (名)										被保険者 との関係	
	電話番号												申請代行 の理由

注 1 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添付書類が必要です。)

健保チェック欄									
担当者					確認者				
有効 期限	令和	年	月	日から	適用区分		現物と確認しました		
	令和	年	月	日まで	住所	交付簿			

受付印