

記入例

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	9	9	9	番号	9	9	9	9
------------------------	----	---	---	---	----	---	---	---	---

事業所名称	大浜農業協同組合
-------	-----------------

被保険者	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎
	生年月日	昭和 平成 * * 1 1 1 1	備考
認定対象者欄 <small>※発行する人が被保険者と異なる場合のみ記入</small>	氏名	(フリガナ) (氏)	(名) 続柄
	生年月日	昭和 平成 令和	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
自宅住所	〒 4 2 2 - * * * *	静岡県静岡市葵区〇〇〇〇	
	電話番号 (自宅・携帯) ※右づめ	0 5 4 - * * * * - * * * *	
	送付方法 (どれかに○)	<input checked="" type="radio"/> 事業所経由 <input type="radio"/> 自宅住所へ郵送 <input type="radio"/> 下記送付希望先へ郵送	

J A ○ ○ 等の略称ではなく、
正式名称を記入してください。

確認欄の記入漏れにご注意
ください。

郵送を希望の場合、健保組合から「簡易書留」で送付させていただきます。簡易書留は郵便局員から直接受渡となりますので、ご自宅に受取可能な方がいない場合は健保組合にご相談ください。

※「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
-------	---	---	----

被保険者が既に入院中などで申請書の記入が難しい場合、事業所の健康保険担当者などが申請代行を行うことも可能です。

※「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) シズオカ (氏) 静岡	(名) ケンタ 県太	被保険者との関係	事業所の健康保険担当者
	電話番号	0 5 4 - * * * * - * * * *		申請代行の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他

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					
有効期限	担当者			確認者	
	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