

【記入例】

決 裁			
常務理事	事務長	主 査	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者証の	記号	100	所属事業所	
	番号	1122222	HD本社〇〇G	
被保険者	氏名	健保 太郎 <small>※押印は廃止となっております。</small>	連絡先電話番号	
	生年月日	1980年7月1日	内線・出向先・自宅 いずれかの電話番号	
	住所	(〒123-4567) 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地		
適用対象者	氏名	健保 花子	続柄	妻
	生年月日	1980年10月10日	該当する口に「レ」印をつけてください。	
使用開始年月	2024年3月	備考	<input type="checkbox"/> 入院 (退院日：3月25日) <input type="checkbox"/> 外来	

送付希望先	住所	療養を開始する年月を 郵送で上記住所にご記入ください。 外に送付をご希望の方は、退院予定日が決まっている方はご記入ください。
	電話番号 (日中の連絡先)	
	宛名	

申請代行者欄	「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。		
	氏名・印		被保険者との関係
	電話番号 (日中の連絡先)	該当する口に「レ」印をつけてください。	
	申請代行の理由	<input 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()	

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。

2024年 3月 1日