

起 案		令和 年 月 日			施 行		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	部 長	課 長		担当者	法 定 区 分			
						標準報酬月額		区 分	
						千円		ア・イ・ウ・エ I・II	

マイナ保険証を利用することでこの申請手続きが不要になります。  
この機会にマイナ保険証をぜひご利用ください。

### 健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 - 番号	—			申請種別	1. 新規 2. 区分変更 3. 再申請 4. 再交付 (紛失・棄損)					
	被保険者のマイナンバー (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)										
	被保険者氏名					生年月日	昭 平	年	月	日	
	現住所	〒				電話 ( )		-			
	事業所名称					事業所所在地					
	対象者氏名					生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄
	療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月	記載がない場合、原則受付した月の 1日から1年間有効の証を交付します		
備考											

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。

令和 年 月 日提出

※被保険者が押印されない場合は□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電 話	( )

受付年月日