

健保記入欄	標準報酬月額	千円				
	適用区分	ア イ ウ エ		常務理事	事務長	
	発効年月日	令和	年	月	日	
	有効期限	令和	年	月	日	

健康保険限度額適用認定証交付申請書

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。

提出年月日	令和		年		月		日
		0	2	0	5	0	1

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被保険者の現況	被保険者等 記号・番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	5	3	0	6	0	7												
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎																							
	所属会社名	株式会社〇〇〇																							
	部署名	〇〇部 〇〇課 電話： 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇																							
	被保険者 住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話： 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇																							
適用対象者の現況	適用対象者 氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎	被保険者 との続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	1	0	0	1	0	1													
	適用対象者 住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話： ()																							
	用 途	☒ 入院医療費 ☐ 外来医療費（調剤含む）																							
	入院・外来 予定期間	令和 3 年 5 月 10 日 ～ 令和 3 年 6 月 10 日																							
限度額認定証 送付希望先	お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。																								
	☒ 被保険者住所 ☐ 適用対象者住所 ☐ その他〔実家等は宛名（様方・気付）等をもれなくご記入ください。なお医療機関への送付はできかねます。〕 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください																								

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 怪我は第三者の行為（交通事故等）によるものですか？ ⇒ はい ・ いいえ

備考	個人番号（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

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。

因幡電機産業健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄