

常務理事	事務長		係

健康保険 限度額適用認定申請書

下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

被 保 険 者 欄	記号・番号		事業所名 (所属部店)	()
	氏名および印		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -) TEL ()		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	
	療養予定期間	令和 年 月～ 年 月	病名または 治療内容			

太枠欄は必ず記入ください。

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・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。

被保険者の
マイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ・限度額適用認定証の送付先は、事業所（所属部店）です。
(外部出向、任意継続加入者の方へは、自宅へ送付します。)
- ・送付先を自宅等に希望の方は、ご連絡ください。 電話番号 076-431-8300

健保使用欄	
電話確認	月 日 ()
希望送付先	〒
自宅・その他	