

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被保険者(申請者)
記入用

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号一番号	—	生年月日		
			昭 平	和 成	年 月 日
	氏 名	(フリガナ)			
	住 所	(〒 —) 都 道 府 県			
電話番号	勤務先	—	—	日中(平日)に連絡がつく電話番号 を記入してください。	
	携帯・ 自宅等	—	—		

対 象 者	受診する方	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	必要となる月	令和	年	月	入院などで「限度額適用認定証」が必要となる 月を記入してください。
	ケガで受診 するときに 記入 (病気で受診する ときは記入不要)	【ケガの内容】	【原因】※ケガの発生状況などを簡潔に記載してください		
			負傷日	年 月 日	

「被保険者情報」欄に記入した住所以外の場所に送付を希望する場合にご記入ください。

送 付 先	住 所	(〒 —) 都 道 府 県	(電話番号 — —)
	宛 名		

申 請 代 行 者	被保険者が当該申請書の作成(申請)ができないときに記入してください。	
	申請代行者	氏名
		被保険者との関係
		電話番号
	申請代行理由	

健康保険組合使用欄	
標準報酬月額	区分
千円	

受付日付印

※「マイナ保険証」を利用する場合、この申請は不要です。