

常務理事	事務長	主事	係員

<記入例>

健康保険限度額適用認定申請書

記号・番号は、保険証または「資格情報のお知らせ」（R6年度より配布）をご確認ください。

事業所名は、右下欄外の注意書きを確認して下さい。

申請日 令和 6 年 5 月 15 日

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

*本人自署の場合は押印を省略可

*続柄は、本人・妻・長男・二男・長女…と記入

被保険者等記号・番号	1555 - 1234567		名称※	(株)大丸松坂屋百貨店		
被保険者	氏名	山本 太郎		事業所	所属部署	心齋橋店営業1部
	生年月日	昭和・平成	48年 1 月 1 日	連絡先TEL	7 - 01 - 9876	
	住民票住所	〒 567-4321 大阪府****市				
	電話番号	080-1234-5678		自宅または個人携帯の電話番号		
適用対象者	<input type="checkbox"/>	←対象者が「本人」の場合、ここにチェック。被扶養者は下の欄に記入して下さい。				
	被扶養者氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成		<input type="checkbox"/>	←継続申請の場合、ここにチェック	
	療養の開始日(予定日)*1	令和	年 月 日	*1 開始月の初日から6ヶ月間有効のものを発行いたします。		
	現住所	<input type="checkbox"/>	被保険者住民票と同じ	異なる場合→	〒 被保険者の住民票住所と異なる場合のみ記入	

必ず、住民票住所を記入

内線、外線、社用携帯等、健保組合から連絡の取れる電話番号を記入

マイナ保険証を利用すると、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。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下さい。

事業主(代理人)の証明 (住所・氏名)
上記内容及び添付書類のとおり相違ないことを証明します。

*健保使用欄

資格取得日	年 月 日
標準報酬月額	千円

※事業所名

「事業所名」とは、あなたが勤務している会社の名称です。(出向者は出向元の会社名)