

健康保険組合記入欄		常務理事	事務長	担当者	担当者
交付年月日	年 月 日				
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ				
療養の区分	入院 入院外	標準報酬月額			
発効日	年 月 日	整理番号			
有効期限	年 月 日	備考			

マイナンバーカードに対応した医療機関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。

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証 記号	06272728 番号	社員No.	被保険者氏名	健保 太郎		
0	1234	1234-5	生年月日	平成 3 年 2 月 10 日	性別	男
資格取得年月日	令和 3 年 4 月 1 日		事業所	サカタインクス大阪本社		

上記の記入載事項のうち、社員No.以外は健康保険被保険者証に記載されています

適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻	
	生年月日	平成 4 年 3 月 21 日		性別	男 ・ 女	
適用対象者の住所	大阪市西区江戸堀1-2-3					
療養(入院)を受ける、 又は受けている医療機関	名称	〇〇病院		担当者	阪田 大助	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		電話番号	01(2345)6789	
療養(入院)期間の見込み (交付必要期間)	令和 5 年 4 月 3 日 ~ 令和 5 年 6 月 7 日					
療養の種類	1. 入院療養 2. 入院療養以外の療養であって、厚生労働大臣が定めるもの					
マイナンバーカードを 使用できない理由	住民票が日本国内に無いため					
送付先 (選択の無い場合は事業所)	事業所 ・ 添付の封筒					

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。

申請日 年 月 日 事業所 サカタインクス大阪本社 ●● 部

電話番号 090-1234-5678

氏名 健保 太郎 印

サカタインクス健康保険組合 理事長殿

被保険者の入院等により代理人が記入する場合も
被保険者名

注意事項

- マイナ保険証で受診すれば、自動的に限度額が適用され、この申請は不要です。
- 鉛筆書き、記入漏れ等、書類不備のものは受け付けられません
- 有効期限内であっても、無効及び再申請が必要となる場合があります
①異動や退職により被保険者証の記載事項に変更が生じた場合
②算定や月変による標準報酬の改定で適用区分が変更となった場合
- 事業所以外での受け取りを希望する場合は送付用封筒を添付してください。

