

健康保険限度額適用認定申請書

※健保使用欄		
常務理事	事務長	係

所 属	〇〇〇〇	
社 内 電 話 番 号		
被 保 険 者	被保険者証 記号番号	1 — 12345
	氏 名	碍子 太郎
	生 年 月 日	昭和39年1月2日
	事 業 所	名古屋市瑞穂区須田町2-56 日本ガイシ株式会社 日本ガイシ労働組合 エヌジーケイゆうサービス株式会社
適 用 対 象 者	氏 名	碍子 花子
	被 保 険 者 との 続 柄	妻
	性 別	女
	生 年 月 日	昭和39年3月4日
	住 所	□□市〇〇区△△町5-6-7
認 定 証 必 要 期 間	令和 〇 年 7 月 ~ 令和 〇 年 10 月	

被保険者の情報を
記入下さい

入院・通院する人の情報を
記入下さい

※期間が未定の場合は、予定で記入ください

上記とおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

入院・外来診療等の高額な医療費が見込まれる予定期間をご記入ください。
認定証必要期間の申請可能期間は最長1年間となります。
例) 令和5年1月 ~ 令和5年12月 など

受付年月日

例) 5月28日受付: 5月1日から有効 6月3日受付: 6月1日から有効
厚生労働省の通達により「受付年月日欄は申請日の属する月の初日を
記載すること」と定められている。但し、前月分医療費が未清算の場合は
前月より発行することができます。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーによる申請も可能です。但し、番号確認、本人確認をするための添付書類
(運転免許証・個人番号通知等)が必要になります。
また、個人情報保護のため提出上ご注意いただくことがありますので、マイナンバーによる申請を希望される方は健康
保険組合に申し出ください。