

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、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。
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

申請日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				健保受付⑩
保険証の記号 該当に○	41巴川 42トモカ 72三和 82理化 96物流 98任継				
番号（保険証に記載の3～4ケタのNo.）		〇〇〇〇			
被保険者氏名 （従業員氏名）	従業員本人の名前				

※ 自筆署名の場合は捺印不要です

認定証 交付対象者	氏名 (本人の場合は“同上”)	限度額証を使う人の名前		被保険者との続柄	妻、長男など
	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
認定証交付対象者の住所		〒 限度額証を使う人の住所			
交付申請期間 (申請日当月以降開始・最長1年)		発効日	令和〇〇年〇〇月 1日 (開始月の1日 例：令和6年4月)	有効 期限	令和〇〇年〇〇月 末日 (終了月の末日 例：令和6年8月)
★ 限度額認定証は健保へ返却ください（使用目的終了時・期間満了後）					

※ 被保険者およびご家族以外の方が申請する場合にご記入下さい。

※	申請代行者	氏名	⑩	被保険者との続柄	
	申請代行者のご連絡先				
	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 理由			

〔巴川コーポレーション健康保険組合処理欄〕

決 裁			
理事長	常務理事	事務長	担当者

処 理 結 果	
発 効 年 月 日	年 月 1 日
有 効 期 限	年 月 日
適 用 区 分	