

健康保険限度額適用認定申請書

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。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

所属事業所 担当者印
印

被 保 険 者 証	記 号		番 号	
被 保 険 者	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
事 業 所	名称			
	所在地			
適 用 対 象 者	氏名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男 ・ 女
被 保 険 者 （ 適 用 対 象 者 ） の 住 所				
当 該 認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名称			
	所在地			
	入院日（予定日）	年 月 日		
	想定される入院期間	年 月 日～ 年 月 日		

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。

年 月 日

健 康 保 険 組 合 記 入 欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

