健康保険限度額適用認定申請書

所属事業所 担当者印
印

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。

被保険者証	記号	０００	番号	００００

被保険者	氏名	三菱　太郎　（三菱印）		
	生年月日	（昭和）・平成・令和　○○　年　５月　１日		
事業所	名称	○○○○株式会社		
	所在地	○○県○○市○○町１		
適用対象者	氏名	三菱　一郎	被保険者との続柄	長男
	生年月日	昭和 （平成） 令和　○○年　７月　１日	性別	（男）・女
被保険者（適用対象者）の住所		○○県○○市○○町１－１		
当該認定証を提出する医療機関	名称	○○○○病院		
	所在地	○○県○○市○○町２		
	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	

受付年月日