

健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	担当者	認定証交付日	適用区分

健康保険限度額適用認定申請書（任意継続者用）

被 保 険 者	被保険者等	記号	20		番号	0000	
	氏名	健保 太郎				生年月日 ☐ 昭和 ☒ 平成 1 年 1 月 1 日	
	住所	〒 000 - 0000 TEL 000 - 0000 - 0000 東京都港区虎ノ門〇ー〇ー〇					
適 用 対 象 者	療養を受ける方の氏名	健保 花子				生年月日 ☐ 昭和 ☒ 平成 1 年 12 月 31 日 ☐ 令和	
	第三者行為	☐ 1. はい 傷病の原因は第三者行為（交通事故、ケンカ等）によるものですか？ ☒ 2. いいえ 第三者行為による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。					
	療養予定期間	☒ 1. 入院 令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 5 月 31 日 ☐ 2. 通院					
	送付先	※ ご希望の送付先にチェックしてください。 ☒ 1. 被保険者 : 被保険者住所に送付いたします。 ☐ 2. その他 : 緊急の場合は、ご指定の住所に送付いたします。以下の欄にご記入ください。					
		宛名					
	住所	〒 -					
申 請 代 行 者	代行者氏名	※被保険者または療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。				代行の理由 ☐ 被保険者が入院中で外出できないため ☐ その他（【】に理由を記載） 【 】	
	日中連絡先	TEL	-	-	被保険者との関係		

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。 令和 6 年 4 月 1 日

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

受付印

【注意事項】

- ・認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
- ・申請書受付月以前の認定証は交付できません。緊急入院等の理由で申請できなかった場合は別途ご相談ください。

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。