

認定証 交付日	年 月 日		
認定証 回収日	年 月 日		
常務理事	事務長		担当

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利用ください。

被保険者証記号番号							
被 保 険 者	氏名			事 業 所	名称		
	生年月日	年	月		日	住所	
適 用 対 象 者	氏名			被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	使用予定期間	年 月 日 から 年 月 月 予定	
被保険者の住所							

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。

事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			
電 話			

●下記の事由に該当した際には、限度額適用認定証を事業所担当者へご返却下さい。

1. 被保険者が資格を喪失したとき
2. 被扶養者でなくなったとき
3. 有効期限に達したとき
4. 必要がなくなったとき

受 付 日 付 印