常務理事	事務長	課　長	係　長	扱　者

健康保険限度額適用認定申請書

※ マイナ保険証で受診すれば、この申請書は省略できます。
（ただし、オンライン資格確認未導入の医療機関の場合はこの申請書は必要です）

被保険者	被保険者 記号番号	×××－××	生年 月日	昭和 (平成)	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	氏　名	機缶　太郎			
事業所	名　称	株式会社　○○○○			
	所在地	（〒 ○○○ － ○○○○） 東京都江東区亀戸○○1－2－3			

適用対象者	氏　名	機缶　花子			
	生年月日	昭和 (平成) 令和	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	続　柄	妻
	※　入院療養等 の見込み期間	令和 ×× 年 ×× 月 ～ 令和 ×× 年 ×× 月 （ × ヶ月間）			

被保険者の住所	（〒 ○○○ － ○○○○ ）　ご連絡先 TEL ○○○ －○○○－ ○○○○ 千葉県千葉市中央区○○5－4－3		
認定証 発送 希望場所 （番号に○をつけて下さい）	1　事 業 所（上 記 記 載）	(2)　被保険者の住所	
	3　そ　の　他		
3 を選んだ方のみ記入	住　所	〒	
	名　称		

申請代行者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏 名		被保険者 との関係	
	ご連絡先	TEL　（　　）	申請代行 の理由	□本人が入院中で外出できないため □その他 （　　）

令和　　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。

◎留意事項
- 適用対象者ごとに申請書を作成してください。（最長は1年間）
- 療養等の見込み期間は分かる範囲でご記入ください。

※入院及び通院における1カ月、同一医療機関に支払う負担額が限度額を超える場合は、
「限度額適用認定証」を医療機関等窓口に提示することで負担額が軽減されます。

※被保険者が市町村民税非課税者である方は、別途用紙にて申請が必要となりますので、
当組合までご連絡ください。