

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号	【記号】 —	【番号】 —	電話番号	トール： 他：
所 属				
適用対象者	氏 名			続 柄
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	性 別 男 ・ 女
適用対象者の住所		〒 —		
入 院	入院日(入院予定日)		令和 年 月 日	
	長期入院(3ヶ月以上入院予定の方は該当に○)		※ 該当 ・ 非該当	
通 院	通院開始日(通院開始予定日)		令和 年 月 日	
	長期通院(3ヶ月以上通院予定の方は該当に○)		※ 該当 ・ 非該当	
限度額適用認定証の 送 付 先		所属 ・ 適用対象者の住所 ・ その他(送付先を下記にご記入ください)		
		(その他送付先) 〒 —		

※令和7年12月2日より健康保険証での受診が出来なくなるため、現在マイナ保険証の利用登録をされている方につきましては、「該当・非該当」どちらをご選択いただきましても限度額適用認定証の有効期限は令和7年12月1日とさせていただきます。有効期限日後はマイナ保険証をご提示のうえご受診ください。(それ以外の方につきましては、「該当」をご選択の場合は交付月から6ヵ月目の月末、「非該当」をご選択の場合は3ヵ月目の月末が有効期限となります。)

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。	申請日	令和 年 月 日
被保険者氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日

※被保険者以外の方が申請する場合は以下もご記入ください。

申請代行者氏名		電話番号	
被保険者との関係			
申請代行の理由	・ 被保険者が入院中で手続き出来ないため ・ その他()		