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、令和7年12月2日（健康保険証廃止日）より限度額適用認定証の発行はいたしませんので、ご申請されないようお願いいたします。受診の際はマイナ保険証をご提示ください。

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〇）		※　　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〇）		※　　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） 〒　　－		

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（　　）		

北海道電力健康保険組合理事長　殿