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。

記入見本

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号	【記号】 1000	【番号】 2005000	電話番号	トール： 80 － ○○○○ 他 ：090－○○○○－○○○○
所　　属	○○部○○グループ			
適用対象者 氏　名	北電　花子		続　柄	妻
適用対象者 生年月日	(昭和)・平成・令和　60年　1月　1日		性　別	男　・　(女)
適用対象者の住所	〒 ○○○ － ○○○○ ○○市○○区南○条西○			
入　院 入院日（入院予定日）			令和　7　年　12　月　22　日	
入　院 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	
通　院 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） 〒　　－			

今回認定証をご使用される日（予定日）と長期該当・非該当欄をご記入ください。入院または通院のどちらか該当する方のご記入のみで結構です。
（退院後、通院でも認定証をご使用される予定の場合は通院の欄もあわせてご記入ください。）

「その他住所」へ送付をご希望される場合はわかる範囲で具体的にご記入ください。
病院宛　：病院名・入院される科・病室番号
ご実家等宛：ご家族等そこにお住まいの方のお名前

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 7 年 12 月 5 日	
被保険者氏名	北電　太郎	日	(昭和)・平成 58 年 5 月 5 日

自署願います。
（代行申請の場合は、代行申請される方が被保険者氏名をご記入ください。）

※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	所属長、妻…等		
申請代行の理由	(・) 被保険者が入院中で手続き出来 ・ その他（　　）		

被保険者以外の方がご申請される場合はこちらの枠内もすべてご記入ください。
「申請代行者氏名」の欄は自署願います。

北海道電力健康保険組合理事長　殿