

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 - 0000 他: 090-0000-0000
所 属	〇〇部〇〇グループ			
適用対象者	氏 名	北電 花子	続 柄	妻
	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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇区南〇条西〇			
入 院	入院日(入院予定日)	令和 7 年 9 月 20 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) 〒 -	「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		

※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 7 年 9 月 6 日
被保険者氏名	北電 太郎
申請日	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	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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。