

伺年月日	年 月 日	常務理事	部長	係長	係
資格取得日	年 月 日	取得認定			
有効期限	年 月 日				
標準報酬月額	千円	区分	発行済	年 月 日迄	
回収日	年 月 日	回収状況	添付・減失	( )	

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号	5000 — 999	事業所名	〇〇産業株式会社
被保険者	氏名	産業 健一	
	生年月日	昭和・平成 2年 10月 20日	
適用対象者	氏名	(被保険者の場合は記入の必要はありません) 産業 安子	
	生年月日	昭和・平成・令和 4年 10月 3日	
被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇1 △△市××町1-1		
認定証送付先	1. 被保険者住所 2. 事業所 3. その他 〒 _____ 住所 _____ 宛名 _____		

※ 申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

※ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

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。

令和 5年 10月 1日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄	
-----	--

※被保険者に代わり、事業主が申請することも可能です

(代理申請の場合)

事業所名

事業主名

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

事業主が申請する場合はこちらへ☑