記入例

常務	事務長			担当

健康保険　限度額適用認定証交付申請書

下記の通り申請いたします。

申請日：　令和　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

被保険者（本人）	フリガナ	ケンポ　タロウ		健康保険者等 記号・番号（または個人番号）
	氏　名	健保　太郎		1－〇〇〇〇〇
	生年月日	昭和・平成　〇　年　〇　月　〇　日	所属部署	マルハン〇□〇店
	住　所 連絡先	〒 000-0000 東京都〇〇区△△ 1－2－3　△△マンション777号室 ☎　123（4567）8900		
療養を受ける方	※療養を受ける方が被保険者本人の場合は記入不要です。			
	フリガナ	ケンポ　ハナコ		被保険者との続柄
	氏　名	健保　花子		妻
	生年月日	昭和・平成・令和　〇　年　〇　月　〇　日		
療養の内容		くも膜下出血		
交付希望期間 （療養予定年月）	（自）令和　〇〇年　△△月　から　（至）令和　〇〇年　□□月　まで ※期間の終了年月に記載がない場合、開始月から3か月間有効となる限度額適用認定証を発行します。 ※限度額適用認定証の発効(交付)最長期間は、開始月より1年間です。			
送付希望先	※上記被保険者住所と異なる場所へ送付を希望される場合のみ記入して下さい。(店舗の場合は店舗名を記入) 〒 ☎　（　　）			
申請代行者欄	※被保険者以外の方が申請する場合、ご記入下さい。			
	氏名		被保険者との関係	
	連絡先			
	申請代行の理由	□被保険者本人が入院中のため　□その他（　　）		

【注意事項】

・使用しなくなった・有効期限が切れた証は破棄せず、マルハン健康保険組合までご返却ください。
・第三者行為や外傷性の傷病で使用される場合、事前にマルハン健康保険組合へご連絡ください。
・被保険者が住民税非課税の場合「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にてご申請ください。

受付日付印

マイナ保険証（健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカード）を利用すると医療機関等で限度額の情報が確認できます。
これにより、本書での限度額適用認定証の交付申請手続きが不要になります。

（参照リンク）https://myna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html

マルハン健康保険組合

【健保使用欄】

区分	ア・イ・ウ・エ（　　） 現役並み所得　Ⅰ・Ⅱ	有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日