

常務理事		事務長		課長		係長		係		令和	決定伺
発効年月日		令和		年		月		日		年月日	
有効期限		令和		年		月		日			
標準報酬月額		千円									
適用区分		ア・イ・ウ・エ									

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナ保険証として医療機関を受診できます。窓口でのご負担が自己負担限度額までとなりますので、こちらの限度額適用認定申請書の提出は不要です。

被保険者情報	被保険者記号・番号	記号	番号	氏名	(フリガナ)
	住所	〒			

適用対象者情報	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日			
	続柄	下記療養予定期間に記載がない場合、原則受付した月の1日から半年間有効の証を発行いたします。また、最大1年間有効の証を発行可能です。							
	療養予定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月

希望送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 <small>(上記被保険者情報住所)</small> <input type="checkbox"/> その他 <small>(下記に記入)</small>	
その他送付先	住所	〒
	宛名	

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。

【注意】

- 被保険者が市町村民税非課税の場合は、こちらの申請書ではなく、『限度額適用・標準負担額減額申請書』を提出してください。
- その他送付先に送付する際は、確実に適用対象者様へお届け可能な住所をご記入ください。

受付年月日
-------