令和　　年　　月　　日

健康保険限度額適用認定申請書（入院・外来）

（どちらかを〇で囲んでください）

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者証等の記号番号		記号	番号	事業所	名称	
					所在地	
被保険者	氏名		印		所属	
	生年月日	昭和・平成			内線	
認定証交付対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和		性別	男　・　女	
認定証交付対象者の住所・電話番号		〒 電話				

医療機関等の確認事項

名称	
住所	
電話番号	（　　）
期間（予定）	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

※	申請代行者	氏名	印	被保険者との続柄	
	申請代行者のご連絡先	〒　－ 電話　（　）			
	申請代行の理由	1　被保険者本人が入院中で外出できないため			
		2　その他（　　）			

※　被保険者・認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。

〈担当者処理欄〉

受付印

交付日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月末
適用区分	
返却日	令和　年　月　日