

## 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 証	記 号	***	番 号	*****
被 保 険 者	氏 名	健保 太郎		
適 用 対 象 者		1. 被保険者ご本人 2. 下記被扶養者		
氏 名		健保 花子		
想 定 さ れ る 期 間		令和**年**月**日～ 令和**年**月**日		
証 送 付 先		1. 被保険者所属先 2. 下記住所 〒***-***-*** 大阪市〇〇区△△町3-4-5 〇〇〇〇様方 健保花子宛 電話番号：***-***-*** 日中連絡先／携帯番号：***-***-***		
備 考 欄 *代理申請となる場合、代理人ご氏名・ ご連絡先等記入願います。		例1) 本人急きょ入院となり、〇〇が代理申請させていただきます。証送付は上記病院宛に送付ください。 例2) 出産の為、妻の実家にあります。上記の〇〇様方へ送付ください。		
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 **年**月**日 田辺ファーマ健康保険組合理事長殿				健康保険組合欄 記入不要

2025.11.01

- 証有効期間は、申請書を受け付けた日の属する月の1日から、最長半年間となります。
  - \*長期休暇や入院予定等に状況に応じて、有効期間の開始日を申請日以降とすることは可能です。
  - \*有効期間を経過して、引き続き、証が必要な場合は、再度申請をお願いします。
  - \*有効期間中に、適用区分変更となる場合は、当組合で対応しますので、本申請は不要です。
- 当健保が適用情報を確認の上、住民税非課税証明書の提出をお願いすることがあります。
- 「マイナ受付」ができる医療機関等では、マイナンバーカード又は健康保険証を提示し、本人同意の手続きをすることで、当該証の申請・提示が不要となります。