

健康保險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	氏名	1. 被保険者ご本人	2. 下記被扶養者	
		健保 花子		対象となる方を選択し、 氏名をご記入ください。
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○○区△△町3-4-5 ○○○○様方 健保花子宛 電話番号：****-****-**** 日中連絡先／携帯番号：****-****-****			
備考欄	例1) 本人急きよ入院となり、○○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、妻の実家におります。上記の○○様方へ送付ください。			
*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。				
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			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。