【記入例】

| 決　　裁 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 主　査 | 担　当 |
| | | | |

# 健康保険限度額適用認定申請書

**マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 基幹事業会社 | | (HD)・PG・RP・EP<br>＊該当の基幹事業会社に○をつけてください | 所属事業所 | |
| 社員番号 | | 1234567 | オフィスサービスセンター○○G | |
| 被保険者 | 氏　名 | 健保　太郎 | 連絡先電話番号 | |
| | 生年月日 | 1989年12月1日 | 内線・出向先・自宅　いずれかの電話番号 | |
| | 住　所 | (〒116－8550)<br>東京都荒川区東尾久○-○-○ | | |
| 適用対象者 | 氏　名 | 健保　さくら | 続　柄 | 妻 |
| | 生年月日 | 平成5年1月1日 | 性　別 | 女 |
| 使用開始年月 | | 2024年3月 | 備考 | □入院(退院日:3月　25日)<br>□外来 |

該当する□に「レ」印をつけてください。

療養を開始する年月をご記入ください

入院の方で、退院予定日が決まっている方はご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 送付希望先 | 郵送で上記住所に送付します。上記住所以外に送付をご希望の | |
| | 住　所 | |
| | 電話番号<br>(日中の連絡先) | |
| | 宛　名 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請代行者欄 | 「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。 | | | |
| | 氏名・印 | | 被保険者との関係 | |
| | 電話番号<br>(日中の連絡先) | | | |
| | 申請代行の理由 | □被保険者本人が入院中で外出できないため<br>□その他(　　) | | |

該当する□に「レ」印をつけてください。

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。

2024年　3月　1日