

70才未満の上位所得者・
一般所得者用

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

常務理事	事務長	担当者

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	記 号	番 号	氏 名	生 年 月 日					
					年		月		日
	被保険者住所								
	勤務先事業所名				電話番号 (日中連絡先)				

認 定 証 交 付 対 象 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日					
			本人		年		月		日
	医療機関の名称								
	療養予定期間 (申請期間)	年 月 日～ 年 月 日			記入がない場合は、原則受け付け した月の1日から1年間有効です。				

注1) 認定証交付対象者が被保険者本人の場合は、続柄・生年月日について、記入の必要はありません。

注2) 有効期間は、申請月の初日から最長で1年間です。

送 付 先	事業所に 送付希望	☐	被保険者住 所に 送付希望	☐	その他の住所 に送付希望の 場合は住所と 宛名を記入	住所	(〒 -)
	宛名					電話番号 (日中の 連絡先)	

申 請 代 行 者 欄	被保険者および療養を受ける方以外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	
	住所	〒		電話番号	
	理由	1. 被保険者が入院中で外出できないため 2. その他 ()			

神栄健康保険組合 御中

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請致します。

年 月 日

受付印

受付印