

# 健康保険限度額適用認定申請書

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な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。

健康保険被保険者証の 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください									
事業所	名称											
	所在地											
被保険者氏名	氏名(カナ)											
	氏名(漢字)											
生年月日及び性別	昭和 平成 令和 年 月 日											
適用対象者氏名	氏名(カナ)								被保険者との続柄			
	氏名(漢字)								本人・家族 (該当に○を付けて下さい。)			
生年月日及び性別	適用対象者が被保険者本人の場合適用対象者氏名へ「被保険者」と記入し、性別・生年月日は省略してください。 昭和 平成 令和 年 月 日											
被保険者の住所 (適用対象者)	〒 ー ー ー ー ー ー 住所											
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (発効年月日は、原則、申請書受付日の属する月の1日からです)											
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。												
令和 年 月 日												
ウラベ健康保険組合理事長 殿												
被保険者氏名												

(注意事項)

- 認定証の有効期限は発効月から最長1年以内です。
- 使用することになった原因が外傷(ケガ)の場合は、「負傷原因届」を併せてご提出ください。

標準報酬月額	千円
該当の適用区分	
適用区分ア: 標準報酬月額 83万円以上	
区分イ: 標準報酬月額 53~79万円	
区分ウ: 標準報酬月額 28~50万円	
区分エ: 標準報酬月額 26万円以下	

常務理事	事務長	係員

受付日印