

記入例

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社	
	氏名		生年月日		
被 保 険 者	〇井 〇郎		昭和35年 8月 21日		
	住所				
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区△町〇-〇-〇 電話 03 (3000) 0000				
被 保 険 者 の 記 入 欄	氏名		生年月日		
	〇井 〇香		昭和40年 3月 23日		
	被保険者との続柄	第三者行為（交通事故など）によるものですか			
	妻	いいえ・はい いいえ （はいの場合は、事前に三井健保（03-3243-1406）までご連絡ください。）			
	申請期間（療養予定期間）				
交 付 希 望 者	令和3年 11月 から 令和4年 3月				
	<p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請月の1日から最長で1年間まで申請可能です。 〈例〉 令和3年11月～令和4年10月 ・発効日は、三井健保が申請書を受理した月より前には遡りません。 ・医療機関等でお支払いが済んでいない期間をご申請ください。 ・申請書は申請期間（療養予定期間）の1ヶ月前から受け付けます。 				
備考欄	『交付希望者』には、実際に医療機関を受診される方のお名前をご記入ください。				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄

- ◆限度額適用認定証は、被保険者が所属する事業所宛に送付いたします。
- ◆退職して任継継続している方は、ご登録の住所宛に簡易書留で送付いたします。
- ◆年月日は元号でご記入ください。

事業主の 記 入 欄	上記のとおり申請がありましたので、記入内容に誤りがないことを確認のうえ提出します。		令和3年 11月 1日
	事業所の所在地	東京都中央区〇町〇-〇-〇	
	名称	〇〇株式会社	
	事業主氏名	〇町 〇一	

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	課長	給付課	標準報酬月額	区分	発議日
					83万円以上	ア	年 月 日
					53万～79万円	イ	発効日
					28万～50万円	ウ	年 月 日
					26万円以下	エ	有効期限
	被保険者の標準報酬月額			千円			年 月 日