被保険者（申請者）一般 記入用

記入例

健康保険 限度額適用認定 申請書

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	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。

被保険者情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の記号・番号	○○○	・ ○○○○	昭和・平成・令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

氏名	（フリガナ） 関東 ○郎
住所	（〒 ○○○ － ○○○○ ） 東京都＊＊＊区＊＊＊＊1－1－1
電話番号（日中の連絡先）	TEL 0＊0（ ×××× ）××××

被保険者住所・連絡先を必ずご記入ください。

認定対象者欄

療養を受ける方（受診者）	氏名 関東	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日	
療養見込期間	令和 ＊＊ 年 ＊ 月 ＊＊ 日 ～ 令和 ＊＊ 年 ＊ 月 ＊＊ 日	被保険者との続柄	二男
傷病名	日 気管支炎		○○病院

認定証は、療養見込期間の開始月の１日から有効となります。**開始月は必ず記入してください。**
終了月が未定の場合は、記入は不要です。

被保険者との関係を記入してください。受診者が被保険者の場合は、「本人」、被扶養者の場合、「子」ではなく、「長男・長女等」の続柄を記入してください。

具体的な病名が不明な場合
○○検査・××手術などを記入してください。
（例）心臓カテーテル検査・帝王切開など

上記傷病名が外傷性（骨折・捻挫・打撲等）の場合は、別途傷病原因の照会について（回答）を添付してください。
（※労災・交通事故等の場合、健康保険がご使用出来ない場合もございますので、ご注意ください）

希望送付先

上記被保険[illegible]た住所と**別のところに送付を希望する場合**にご記入ください。
[illegible]認し、病棟・病室番号等を記載してください。

宛名 関東 花子

①「傷病原因の照会について」は、当組合ホームページから印刷していただくか、審査課までご連絡ください。
②労災（業務上・出張中、通勤途中）に該当される場合は、労災保険を使用してください。
③交通事故の場合は、事前に審査課までご連絡ください。
別途、「第三者行為による傷病届」等を提出していただきます。

上記の被保険者住所以外に送付を希望される場合は、こちらに送付先を記入してください
(例) 妻の実家あてに送付希望の場合
〒000-0000 □□県××市△△町1-2-3
東京 二郎 様方 関東 花子

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	印	被保険者との関係	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （	申請代行	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため （ ）

※限度額適用認定証の送付先または、申請
被保険者住所または送付を希望する住所

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申[illegible] 令和 年 月 日

受付日付印

マイナンバーの記載は、必須ではなく、任意となります。
記載した場合は、添付書類等が必要となります。
（例）マイナンバーカード（写）および、運転免許証、旅券（パスポート）等の（写）

- **被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不要です**
- マイナンバーを記載した場合は個人番号確認と、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

（06.7）

送付先：〒110-8639 東京都台東区東上野1-13-14 関東百貨店健康保険組合 審査課 TEL03-3833-6142