

提出先: 健保 (被保険者・申請者→健保)

**記入例**  
(被保険者が申請するとき)

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|------|-----|-----|-----|
|      |     |     |     |

### 健康保険限度額適用認定証交付申請書

|   |  |                                    |   |  |  |                         |
|---|--|------------------------------------|---|--|--|-------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ<br>(<br>太<br>枠<br>内<br>)         | 被保険者の記号・番号   |                                    | 被保険者氏名  |  | 生年月日                                       |                         |
|   | 1234 - 56789   |                                    | 健保 太郎   |  | 昭和<br>平成<br>令和 50年10月20日                   |                         |
|   | 事業所名称  |                                    |   | 所 属                                      |  |                         |
|   | 株式会社 SUBARU  |                                    |   | 営業 部 営業企画 課/主査 係<br>勤務先TEL: 03-XXXX-XXXX |  |                         |
|   | 被保険者住所   |                                    | 〒123-4567 東京都新宿区中央1-2-XX<br>TEL: 03-YYYY-YYYY |  |  |                         |
|   | 適<br>用<br>対<br>象<br>者  | 氏名                                 | 健保 由美   |  | 生年月日                                       | 昭和<br>平成<br>令和 24年5月24日 |
|   |  | 性別                                 | 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女      | 被保険者との続柄                                 |  | 長女                      |
|   |  | 住所                                 | 栃木県宇都宮市南1-X-XX                                |  |  |                         |
|   |  | 認定証の必要な期間                          | 令和 4年 7月 10日から令和 4年 8月 31日まで                  |  |  |                         |
|   |  | 第三者の行為[交通事故等]による傷病                 | はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ    | 業務上/通勤途上の傷病                              | はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                         |
|   | 国や自治体からの医療費助成の有無   | 助成制度の名称                            | 宇都宮市こども医療費助成制度                                |  |  |                         |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> あり・申請中・なし  |                                    |   |  |  |                         |
| ○被保険者以外の方が申請する場合は下記に記入してください。   |  |                                    |   |  |  |                         |
| 申請<br>代行者<br>署名<br>(自筆)   | 被保険者に対し申請意志の確認をいたしました。   |                                    | 被保険者と   | <input type="checkbox"/> 親族 ( )<br>( )   |  |                         |
| 代行者<br>連絡先  | TEL :  | <b>被保険者が申請する場合は記入不要</b> (申請できないため) |   |  |  |                         |
| 認定証<br>交付方法   | <input type="checkbox"/> 代行者に直接手渡し(代行者から被保険者に渡す)<br><input type="checkbox"/> 代行者あてに郵送 (送付先住所:〒 ) |                                    |   |  |  |                         |
| 上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。<br>令和 4年 7月 1日<br>SUBARU健康保険組合 殿<br>被保険者署名(自筆)* <b>健保 太郎</b> |  |                                    |   |  |  |                         |

\*被保険者が署名できない場合はその理由等を署名欄余白に記載し、申請代行者が署名すること。交付可否は理由により判断します。

|                  |       |           |
|------------------|-------|-----------|
| 健<br>保<br>記<br>入 | 交付年月日 | 令和 年 月 日  |
|                  | 発効年月日 | 令和 年 月 日  |
|                  | 有効期限  | 令和 年 月 日  |
|                  | 適用区分  | ア・イ・ウ・エ・オ |

マイナ保険証を利用すれば事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
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是非ご利用ください。