記入例

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者（申請者）記入用

日　令和　　年　　月　　日

ご記入は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧にご記入ください。

※認定証の発行は、申請書が当組合に受付してから送付先到着までに**一週間程度**かかります。

マイナ保険証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、組合への手続きは必要ありません。マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記　号 5678	番　号 43	事業所名称	○○設計事務所
	氏　名	健保　太郎		生年月日	昭和・平成 37 年 7 月 7 日
	住　所	〒 000 － 0000 東京都○○区○○　○－○－○ TEL（日中の連絡先） 000 （ 0000 ） 0000			
適用対象者	氏　名	健保　花子		生年月日	昭和・平成・令和 42 年 4 月 11 日

※適用対象者欄は、療養を受ける方が扶養されている家族の場合に記入が必要となります。

送付先	上記被保険者情報の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。	
	〒 000 － 0000 東京都○○市○○　○－○－○ TEL（日中の連絡先） 0000 （ 00 ） 0000	
	宛　名	設計　太郎　（実家）
申請理由	☑ ① マイナ保険証を持っていない・交付手続中のため ☐ ② 医療機関がオンライン資格確認を導入していないため ☐ ③ その他	

※該当する申請理由にチェックをおつけください。その他の場合は理由をご記入ください。

＜必ずお読みください＞

◎ 認定証の発効年月日は、厚生労働省の通知により「申請があった日の属する月の初日」と定められています。（例えば１月２０日に申請書が到着した場合、発効年月日は１月１日となります。）

◎ 当組合に申請書が到着した月の１日（加入月に申請された場合は取得日・認定日）から１年間（期間中に資格喪失される方は喪失日の前日、７０歳に到達される方は到達月の月末まで）有効な認定証を交付します。受付月より前の月に遡って交付することはできません。

受　付　印

【申請書送付先】〒１５１－００５１　東京都渋谷区千駄ヶ谷２－３７－９
全国設計事務所健康保険組合 給付グループ　TEL０３－３４０４－７３４４