

健 保 記 入 欄	伺 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	適用担当	給付担当
	交 付 年 月 日	年 月 日				
	有 効 期 限	年 月 日				

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号	記 号		フリガナ	
		番 号		氏名	
	生年月日	和暦（昭和・平成・令和） 年 月 日			
	住所 電話番号	〒 都道府県 TEL			

認 定 対 象 者 欄	療養を 受ける方 (本人の場合は※のあ る欄のみ記入)	氏名		生年月日	和暦（昭和・平成・令和） 年 月 日
		続柄		性 別	男 ・ 女
		療養予定期間※	年 月 日 ～ 年 月 日 ※最長で申請月の初日から8月31日までの期間になります。		

証 受 取 方 法	1. 2選択	1. 健保で受取 ⇒ 内線（ ） 2. 郵送 ⇒ 自宅・自宅以外	
	住所	※上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入下さい。 〒 都道府県 TEL	

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。
令和 年 月 日

受付日付印

日本電子健康保険組合 理事長 殿
※注意事項
・ 対象者ごとに申請してください。

【収集する個人情報について】
本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※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、マイナ保険証をぜひご利用ください。