

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。

決 裁		
常務理事	事務長	担 当

健康保険限度額適用認定証 申請書

被保険者証の 記号 - 番号		—			
被保険者	氏名	印		事業所	名称
	生年月日	年	月	日	所在地
適用対象者	氏名	被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別 男 ・ 女
使用予定期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
被保険者(適用対象者)の住所		〒			

※	申請代行者	氏 名	印	被保険者との続柄
	申請代行者の連絡先	電話番号 () —		
	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他 ()		

※ 被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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。

年 月 日

日新電機健康保険組合 理事長殿

