★マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）を利用すると、**限度額適用認定証の申請が不要**になりますので、ぜひマイナ保険証の利用をご検討ください。
※ただし、オンライン資格確認を導入している医療機関等である必要がありますので、念のため医療機関等にご確認ください。

常務理事	事務長	部長	係

健康保険　限度額適用認定　申請書

※消えないボールペンで記入してください。交付には1週間程度かかりますのであらかじめご承知おきください。
※認定証の有効期限が過ぎましたら、健保組合にご返納ください。

被保険者等　記号－番号		―	事業所名（特退、任継の方は該当に〇を）	特退　任継
被保険者	氏　名		勤務先の内線（特退・任継の方は記入の必要はありません）	
	生年月日	昭 平　年　月　日	日中の連絡先	
対象者（被保険者の場合は、記入の必要はありません）	氏　名	続　柄	生年月日	昭 平 令　年　月　日

認定証送付先	※会社宛てに送付希望の場合は、勤務先欄にご記入ください。社内メール便で届くように、ビル名、部署名などを記入してください。 ※ご自宅宛ての場合は、住所欄にご記入ください。 ※医療機関宛ての場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名、病棟、病室番号等を記入してください。 ※実家などへ送付を希望の場合は、宛名にご注意ください。（表札と姓が異なると届かないことがあります。）			
	勤務先送付希望の場合 勤務先部署・所属（ビル名、部署名等）			
	自宅または病院宛て希望の場合 ※簡易書留でお送りします	住所	〒　－	
		医療機関名 病棟・病室番号等		宛名（個人名）　（様方）　様
受診予定について	受診方法	入院　・　通院		
	認定証　申請期間（療養予定期間）	**必ずご記入ください** 受付月の初日より前に遡って申請はできません 例）1/31受付 1/1から有効 2/1受付　2/1から有効	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 ※申請開始月の初日から最長で1年となります ※申請書を早めにご提出いただいても、認定証の発行は申請期間の2週間前となります。	

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

＜ 健保記入欄 ＞

交付年月日	令和　年　月　日	資格取得年月日	平・令　年　月　日	
発効年月日	令和　年　月　1日	喪失予定年月日	令和　年　月　日	
有効期限	令和　年　月末	標準報酬月額	千円	
		交付時年齢	歳	歳（70歳以上）
		適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現役並みⅠ・現役並みⅡ

健保受付印

［申請書送付先］
〒102-0093 東京都千代田区平河町1-4-5 平和第1ビル7階
博報堂健康保険組合　限度額担当　宛