マイナ保険証をご使用中の方は提出不要です

常務理事	事務長	課長	係

1

健康保険　限度額適用認定　申請書

被保険者（申請者）記入用

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

便利なマイナ保険証をぜひご利用ください

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（右づめ）	記号 1 2 3	番号 4 5 6	枝番 0 0
マイナンバー	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2		
氏名	（フリガナ）ソウコ タロウ 倉庫 太郎	生年月日	☑ 昭和 □ 平成 4 8 年 0 1 月 0 1 日
住所	〒 100 ― 1234		
電話番号	自宅 03 （ 1234 ） 5678 携帯 090 （ 9876 ） 5432		東京 都 道 府 県 江東区富岡1－1－1 ライオンズマンション503

被保険者証の記号と番号を記入された場合は、マイナンバーは記入しないでください。

被保険者とは、お勤めされ保険料をご負担されている方を指します。被扶養者の方の名前を記入しないよう注意してください。

マンション・アパート名まで記入してください。

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名 倉庫 花子	生年月日	☑ 昭和 □ 平成 □令和 48 年 11 月 30 日
続柄	妻		
療養開始日	R5 年 5 月		

限度額認定証が必要な方の氏名となります。「療養開始日」は、認定証が必要となる該当月を記入してください。特別な事情がない限り、遡っての認定はできませんので、ゆとりを持ってのご申請をお願いします。

希望送付先

送付先選択欄 2

1. 事業所担当者宛に送付希望 ➡ 組合が登録
2. 自宅へ送付希望 ➡ 被保険者情報に記載さ
3. その他を希望 ➡ 下記へ送付する住所と宛

（　　）

【「1」選択時の注意】
支店や営業所に送付を希望される場合は「3」を選択し、「3選択時に記入」欄へ正確な住所等を記入してください。

3選択時に記入

住所	（〒　　－　　）
宛名	

送付先選択欄で、その他の「3」を選択した場合は、こちらの欄に住所等の情報を記入してください。とくに宛名については、郵便物が配達できる正確な情報を記入してください。
（○○方、○○㈱○○支店○○宛、○○病院3号棟315号室○○○○宛など）

申請代行者欄

※「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名		被保険者	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （　　）		（　　）

こちらの欄は、やむを得ない事情により、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合に記入してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

組合使用欄

適用区分		有効期限	年　月　日

倉庫業健康保険組合