

※ オンライン資格確認を実施している医療機関や
薬局の場合は、事務軽減のため同意なしで情報
提供されるため本申請は不要となり、発行いたしません。

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険 限度額適用認定 申請書

■ 被保険者（申請者）

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	事業所名	☐ 東京・高岡本社（二塚製造部含む） ☐ 高岡工場 ☐ 川内工場 ☐ 労働組合 ☐ 任意継続	所属	
	被保険者証の	記号	番号	生 年 月 日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	氏 名	(フリガナ) (自署)		
住 所	(〒 -) 都 道 府 県 (TEL - -)			

■ 認定者（療養を受ける方）

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	☐ 被保険者	※被保険者の場合、氏名、生年月日 記入不要です。		
	※被保険者の場合は氏名と生年月日は記入の必要はありません	☐ 被扶養者	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
			(続柄)		
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月 (※原則、3か月間有効で交付)			
入院・療養する（している）	名称				
医療機関（病院）等	住所	(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

※ 限度額適用認定証は通常、所属先（任意継続は自宅）へ送付しますが、希望する送付先があれば下記にご記入ください。

希 望 送 付 先	☐ 上記の被保険者住所へ ☐ 下記記入の送付先へ	
	住 所	(〒 -) 都 道 府 県 (TEL - -)
	宛 名	備考

受付日付

被保険者証の記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は本人確認、個人番号確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

※ 低所得者用は別の申請書になりますので、健康保険組合にご請求ください。