

りそな健康保険組合 御中

## 健康保険 限度額適用認定申請書

**【注意】マイナ保険証（保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）を医療機関窓口に表示することで、限度額適用認定証（本申請）は不要となります。**

下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。

**なお、以下の場合、健康保険限度額適用認定証は直ちに貴組合に返却します。**

- ①適用対象者が資格を喪失したとき、②不要になったとき、③有効期限を経過したとき

被 保 険 者	被保険者の 記号・番号	記号			氏名（自署）	
		番号				
	生年月日 （西暦）	年 月 日生		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 ー				
	Tel. ( ) - ( ) - ( )					
	事業所名 所属部署名			部 ・ 支店		
	Tel. ( ) - ( ) - ( )					
適 用 対 象 者	1. 被保険者（本人） 2. 被扶養者（家族） 交付を申請する被扶養者の氏名、続柄を下欄に記入してください。 1, 2いずれかを○で囲んでください。		氏名			続柄
認定証の有効期間 <small>いずれかを○で囲んでください。</small>	本申請書受付月の1日から		<input type="radio"/> 3ヶ月 <input type="radio"/> 6ヶ月 <input type="radio"/> 12ヶ月		※ いずれにも○印がない場合は、有効期間「3ヶ月」で発行します。	
認 定 証 の 送 付 先  1, 2, 3い ずれ かを○で 囲んで くださ い。	1. 事業所					
	2. 自宅		事業所（勤務先）で受取れない場合に限り、上記住所に送付します。			
	3. その他		送付先の住所を下欄に記入してください。			
	〒 ー					
	Tel. ( ) - ( ) - ( )					
備考						

**【注意】既に交付を受けている限度額適用認定証がある場合は本申請書に添付してください。  
（例：有効期限切れに伴う継続交付申請、任意継続被保険者になる場合等）**

※ 被保険者の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

**【健保使用欄】**

標準報酬月額	適用区分	交 付 日	認定証No.	常務理事	検印	担当者
		発 効 日				
千円	ア ・ イ ・ ウ ・ エ					