2024 年 4 月 10 日

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）を医療機関窓口に提示することで、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資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください、②不要になったとき、③有効期限を経過したとき

自署

被保険者	被保険者の記号・番号	記号	4010	氏名（自署）	りそな　太郎
		番号	123456		
	生年月日（西暦）	1968 年 2 月 10 日生		性別	男 ・ 女
	住所	〒 123 － 4567 大阪市中央区備後町２丁目２番１号 Tel. （ 01 ）－（ 2345 ）－（ 6789 ）			
	事業所名 所属部署名	りそな銀行　大阪営業　部 ・ 支店 Tel. （ 06 ）－（ 6666 ）－（ 6666 ）			
適用対象者	１，２いずれかを○で囲んでください。	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。 氏名：りそな　花子　／　続柄：妻			
認定証の有効期間 いずれかを○で囲んでください。		本申請書受付月の1日から 3ヶ月 ／ 6ヶ月 ／ 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（原則、事業所へ送付します（任意継続被保険者を除く）） 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。 〒　－ 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 発効日	認定証No.	常務理事	検印	担当者
千円	ア・イ・ウ・エ					