2024.2

常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	被保険者証の記号・番号	41 — 25	事業所	名　称	コンディトライ㈱
	氏　名	鳥取　二郎		所在地	中野区○○1-1-10
	生年月日	昭和・平成 35 年 6 月 11 日			
	住所	〒184－0012 東京都・道府県 小金井市・町村 ○○2-17-21			
	日中の連絡先	090 － 1234 － 5678			

適用対象者	氏　名	鳥取　光代		
	生年月日	昭和・平成・令和 36 年 3 月 3 日	被保険者との続柄	妻

認定証提示（予定）医療機関 入院・外来　該当する方に○をしてください	入院	医療機関名　○○大学附属○○病院	入院（予定）期間	令和 6 年 2 月 ～ 6 年 2 月
	外来	医療機関名		（調剤薬局名）

＊限度額適用認定証の送り先が、被保険者住所と別のところを希望の場合にご記入ください。

認定証送付先	住所	〒　－　　都道府県　市区町村
	宛名	

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 6 年 2 月 1 日

受付年月日

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

マイナ保険証の利用で限度額適用認定証が不要になります

マイナ保険証が利用できれば、この限度額適用認定証の事前申請は不要です。
マイナ保険証の利用登録をおすすめいたします。