【2024年12月改訂】

常務理事	事務長	担当者
記入例		

健康保険
限度額適用認定証交付申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

【提　出　先】 東リ健康保険組合

【交付対象者】 マイナ保険証の利用登録をしていない方

以下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。

申請日	2024 年 12 月 18 日

被保険者情報

被保険者等	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所
氏名	健保　太朗			生年月日	1985 年 12 月 1 日
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6				
電話番号 （日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678				

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者

療養を受ける方	☑ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者） →	氏名	
		生年月日	年 月 日
医療機関名 （病院・調剤薬局等）	○○総合病院		
使用予定期間	2024 年 12 月 23 日 ～ 年 月 日	使用可能期間は使用開始月の1日から6ヵ月間となります。6ヵ月を超過する場合は再度申請をお願いします。	

送付先

☑ 被保険者所属部署 ☐ 上記以外 →	住所	（〒 － ）	
※ 原則、病院への送付はできません	電話番号 （日中の連絡先）	（ ）	宛名

確認事項

業務中のけがですか？	☐ はい ☑ いいえ	
第三者行為によるものですか？	☐ はい ☑ いいえ	※「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

【被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください】

申請代行者

氏名		被保険者との関係	
電話番号 （日中の連絡先）	（ ）		
申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中のため ☐ その他 （ ）		

受付印

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

東リ健康保険組合