

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

決 裁			

※太枠内は必ず記入してください。

被 保 険 者 等 記 号 番 号	—	資格区分	本人 ・ 被扶養者
認定 対象者		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
性別	男 ・ 女	長期入院	該当 ・ 非該当

この枠内には長期入院に該当する方（申請書を含む前1年間に90日を超える入院がある方）のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間 ）
①	申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間 ）
	入院した保険医療機関等	名 称
		所在地
②	申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間 ）
	入院した保険医療機関等	名 称
		所在地
③	申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間 ）
	入院した保険医療機関等	名 称
		所在地

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

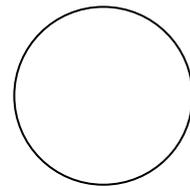
令和 年 月 日

被保険者の住 所

氏 名

所 属 （ ）

受付日付印



マイナ保険証に対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

記入例

健康保険限度額適用認定証
交付申請書

決裁

※太枠内は必ず記入してください。

被保険者等 記号番号	10-12345	資格区分	本人・ <u>被扶養者</u>
認定 対象者	東亜 花子	生年月日	<u>昭和</u> <u>平成</u> 2年 1月 3日 <u>令和</u>
性別	男・ <u>女</u>	長期入院	該当・ <u>非該当</u>

この枠内には長期入院に該当する方（申請書を含む前1年間に90日を超える入院がある方）のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間 ）
①	申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間 ）
	入院した保険医療機関等	名称 所在地
②	申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間 ）
	入院した保険医療機関等	名称 所在地
③	申請の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間 ）
	入院した保険医療機関等	名称 所在地

東亜合成健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

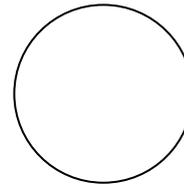
令和 6年 4月 25日

被保険者の住所 東京都〇〇区〇〇町1-2-3

氏名 東亜 太郎

所属（ 東亜合成 本社 財務部 ）

受付日付印



マイナ保険証に対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。