NO.

常務理事	事務長	担当者

三菱UFJニコス健康保険組合　御中

記 入 例

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者	健康保険証の記号・番号	記　号	××　　番　号	×　×　×　×　×	
	フリガナ	ケンポ　タロウ	生年月日	(昭和)・平成・令和 ××　年　××　月　××　日生	
	氏　名	健保　太郎			
	事業所名	三菱UFJニコス株式会社	連絡先 電話番号	内線　×××－×××× 外線　×××－××××-××××	
	所　属	×××部　××××グループ			
	住　所	〒×××-×××× ×××市×××区×××町1―2―3 TEL　自宅・携帯			
適用対象者	フリガナ	ケンポ　ハナコ	生年月日	(昭和)・平成・令和 ××　年　××　月　××　日生	
	氏　名	健保　花子			
	治療を受ける 医療機関名	○○○総合病院			
	入院開始予定日	令和　××年×月　××　日	退院予定日	令和　××年×月　××　日	
	長期入院 ※申請日以前の1年間で90日を越えて入院	該当・非該当	⇨ 該当の方は別紙に申請日以前1年間の入院期間をご記入ください。		

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　××年　×　月　××　日

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄												

注1：外傷（骨折・捻挫等）で入院の方は『負傷原因届』もあわせて提出して下さい。

※　健康保険組合使用欄

所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	標準報酬月額	,000
有効期限	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		
90日を越えた日	令和　年　月　日		
証交付年月日	令和　年　月　日	回収日	令和　年　月　日
備　考			

認定証回収　検印		
常務理事	事務長	担当者