受付年月日

年	月	日
常務理事	事務長	担当者

（健保押印欄）

キリンビール健康保険組合理事長　殿

健康保険限度額適用認定申請書

◆ 医療機関を受診する際に、マイナ保険証（マイナンバーカード）を提示すれば、限度額適用認定証の申請は不要です。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

太枠内をご記入ください。訂正した箇所は訂正印を押印してください。

被保険者	氏　名		被保険者証	記　号	
	生年月日	昭 平 令　年　月　日		番　号	
適用対象者（使用される方）	氏　名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭 平 令　年　月　日			
限度額適用認定証の送付先住所	〒　　—				
入院・療養予定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日				

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。

年　　月　　日

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【注意事項】
- 1ケ月間(1～31日)の医療機関窓口での支払額が自己負担限度額を超える場合に有効な証となります。
- 入院・療養予定期間は「未定」ではなく、退院予定日等を病院に確認の上ご記入ください。
- 申請書が健保に到着した月以前の認定証は、発行できません。
- 標準報酬月額に変更が生じた場合は、適用区分が更新された認定証と差替えが必要になります。
（医療機関には更新された認定証を再度ご提示ください。）

- 在職者の方は事業所(健保担当者)にご提出ください。
- 証の使用が終わりましたら、認定証は破棄せず、速やかに事業所(健保担当者)にご返却ください。