

【申請前にご確認ください】

- ・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、原則、認定証は交付できません。
- ・資格確認書をお持ちの方には、本申請書により、認定証を交付します。

健 保 組 合 使 用 欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日	事業主側 経由 所属		
					長	長	担当者
	標準報酬月額	千円		発効日	令和	年	月 日
	適用区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ	有効期限	令和	年	月 日
		70歳以上75歳未満	現役並みⅠ・現役並みⅡ				

【注意】申請書受付日より前の月の限度額適用認定証の交付はできません

健康保険

限度額適用認定証交付申請書
(新規・更新・所得区分変更)

関西電力健康保険組合常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名	健保 太郎			被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7			
	生年月日	S・H・R	2	年	7	月	2	日	満	34	歳				
	適用対象者氏名	健保 花子			被保険者との続柄	長女		性別	男	女					
	生年月日	S・H・R	3	年		7	月	2	日	満	5	歳			
	適用対象者の住所	〇〇県〇〇市△△町1-1													
療養の見込み期間	令和	8	年	5	月	1	日	～	令和	8	年	7	月	10	日

申請方法について、以下①②のいずれかを選択し、☑を入れてください。

- ①上記のとおり健康保険法施行規則第103条の2の規定に基づき、事業主を経由して申請します。
- ②上記のとおり健康保険組合に直接申請します。

令和 8 年 4 月 10 日

健康保険法施行規則第103条の2に、「交付その他の手続を事業主を経由して行おうとするときは、事業主及び保険者に対し、その旨の意思を表示しなければならない。」と定められていることから確認するものです。

被保険者 住所 〇〇県〇〇市△△町1-1
氏名 健保 太郎

※自署の場合、押印省略可

②に☑を入れた場合は、直接健康保険組合に郵送もしくは社内便で送付してください。認定証を返納してください。

【備考欄】