

# 記入例

申請には事業主印が必要ですので  
会社の人事担当部門へご提出ください。  
(任意継続者は健保へ直接ご提出ください)

紙B-18号 (令和5.04)

常務理事	事務長	担当
※押印不要(健保使用欄)		

事業所 健保担当者
※事業所の 健保担当者が 押印

## 健康保険 限度額適用認定申請書

有効期間を選んでレ印をご記入ください。

※初回の申請の方・短期期間使用の方は3ヶ月を選んでください。 有効期間3ヶ月 有効期間6ヶ月

使用(予定)日	令和 XX 年 XX 月 XX 日			※使用日が予めわかっている場合はご記入願います。	
被保険者	記号一番号 (被保険者証)	101 - XXXXX	氏名	健保 太郎	
	生年月日	昭平・令 XX 年 XX 月 XX 日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	
適用対象者 (使用する方)	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭平・令 XX 年 XX 月 XX 日		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 人事担当者 経由で 被保険者の方へ	所属及び所在地 ○△□部 △△グループ 本社ビル 11階			
	<input type="checkbox"/> 健保から直送 <input type="checkbox"/> 自宅へ <input type="checkbox"/> 病院へ <input type="checkbox"/> 勤務先へ	※送付先の住所・氏名等をご記入願います。 ご自宅以外を指定される場合は、病院名・病室Noや会社名・職場名等を 詳細にご記入願います。 住所 〒			
受取人氏名	受取人氏名				
※認定証を発行に際して健保から 確認が必要な場合があります。 対応可能な方についてご記入下さい	<input type="checkbox"/> 氏名 健保 太郎		<input type="checkbox"/> 自宅 ☎		
	<input type="checkbox"/> 会社 ☎ XXX-XXXX-XXXX		<input type="checkbox"/> 携帯 ☎ 090-XXXX-XXXX		
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。					
JVCケンウッド健康保険組合 殿				令和 XX 年 XX 月 XX 日	
				被保険者氏名 健保 太郎	

有効期限設定のため  
必ず記入してください

通常はこちらに✓印

お急ぎの場合は  
こちらから選択して✓印  
(右欄の送付先等も記入)

会社・自宅・携帯のうち  
いずれか1つ以上を  
必ずご記入ください

事業主 が 記入	※事業主(会社)記入欄のため記入不要	被保険者(従業員)氏名です
----------------	--------------------	---------------

### <注意事項>

- 70歳未満の被保険者及び被扶養者(任意継続被保険者及び被扶養者)が申請できます。
- 健康保険限度額適用認定証は、必ず医療機関に保険証と一緒に提示してください。
- 有効期限が来ましたら必ずご返却をお願いします。
- 更新の場合は、再申請が必要です。健康保険限度額適用認定証を添えて申請書をご提出願います。
- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下部余白へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認するための添付書類(例:マイナンバーカードコピー)が必要です。)

受付印

健康保険組合使用欄	
発行No.	※記入不要(健保使用欄)
発効年月日	
適用区分	