

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバー（個人番号）を記入する場合は、記号・番号欄に記入してください。
 ※別途、確認用の書類の提出が必要となります。

常務理事 事務長 担当

派遣スタッフの方は「リクルートスタッフィング」、任意継続の方は「任意継続」と記入してください。

健康保険 限度額適用認定

申請日：令和 6 年 4 月 5 日

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	会社名 (株) リクルートスタッフィング
	被保険者の氏名と印	健保 太郎			生年月日 1. 昭和 2. 平成 50 年 1 月 1 日 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 100-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3-102			日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (0000) 0000

申請内容	認定を受ける方の氏名	健保 花子	生年月日 1. 昭和 2. 平成 55 年 2 月 2 日 3. 令和
	認定を必要とする期間 (申請期間)	開始日 令和 6 年 4 月 1 日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 5 月 末日 まで <input type="checkbox"/> 終了日は未定 (未定の場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※開始日の記載は必須です。 ※終了日未定にチェックを入れた場合は、8月31日まで ただし8月31日を超える場合は9月1日からの申請	
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 外傷性疾病(ケガ・やけど等) [原因:] ※業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガの場合は、健保まで必ずご連絡ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外(帝王切開・盲腸等) 病名又は症状: 出産に伴う帝王切開	

入院等で医療費が高額になりそうな期間を記入するか、「終了日は未定」にを入れてください。

病名が不明な場合、大まかな症状を記入してください。

病院宛にする場合は、受取可能かを事前に病院に確認のうえ、病棟・部屋番号まで記入してください。

●限度額適用認定証の郵送先が被保険者住所と異なる場合は、下記へ宛先を

認定証送付先住所	〒 100-6640 東京都千代田区丸の内1-9-2 R病院 西病棟 401号室	TEL 03 (0000) 0000
----------	---	----------------------

※病院の場合は、病棟・部屋番号まで、実

●申請者が「被保険者」および「認定を受ける方」以外の場合は

申請代行者欄	代行者の氏名と印	印	日中連絡が取れる電話番号 TEL ()	受付日付
	被保険者との関係	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 []	

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度を超える支払いが免除されます。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。
 ※オンライン資格確認未導入の医療機関では、引き続き限度額適用認定証の提出が必要となります。