

# 健康保険限度額適用認定証 交付申請書 【記入例】

(提出日)  
令和 年 月 日

令和6年12月2日以降、医療機関等での加入者の資格情報は、オンライン資格確認が基本となりましたので、医療機関等の窓口で限度額証等を提示する必要がなくなりました。

原則、限度額適用認定証の交付・再交付はいたしません。

**ただし、オンライン資格確認に対応されていない医療機関で受診される場合や加入者がオンライン資格確認できない特段の理由がある場合は、当該申請書に基づき交付・再交付いたします。**

ENEOSグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

私(申請者)は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。  
当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が掲示されています。

下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。

\* 太枠内を記入してください。(該当する箇所に☑を入れてください。)

被 保 険 者	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	該 当 者	氏名	健保 花子			
	会社	〇〇〇〇〇株式会社				生年月日	昭和・平成・令和 00年 00月 00日	続柄	妻	
	事業所	〇〇〇〇〇事業所				申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 → 入院(予定)日(令和 00年 00月 00日) <input type="checkbox"/> 再交付 → (有効期限満了・紛失) ※更新の場合は旧証を添付してください。 <input type="checkbox"/> その他( )			
	所属	〇〇〇〇〇部 TEL( 111 ) 111 - 1111					交付理由	<input checked="" type="checkbox"/> 受診先の医療機関等がオンライン資格確認に対応していない。 医療機関名 ( 〇〇〇〇〇総合病院 ) ※該当する場合は、医療機関等の名称を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自身の加入証等が、オンライン資格確認ができないため。 (健康保険組合にマイナンバーの登録がない等)		
	氏名	健保 太郎				特段の理由		( )		
	生年月日	昭和・平成・令和 00年 00月 00日					第三者の行為によって 負傷したのか	はい	いいえ	
	現住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 TEL( 000 ) 000 - 0000				労災によって 負傷したのか	はい	いいえ		

※使用後または有効期限が満了した場合は、当健保組合に返却くださるよう、お願いいたします。

※有効期限を過ぎても返却されない場合は、事業所を経由して返却をお願いすることもありますので、予めご了承ください。

※ オンライン資格確認に対応する医療機関・薬局は、以下の厚生労働省のホームページ(URL)をご確認ください。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/index\\_16743.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16743.html)

令和 年 月 日 証発行  
令和 年 月 日 証回収

発効年月日
令和 年 月 日
有効期限
令和 年 月 日

受付日付印