（令和6年12月改定）

決裁欄	受理日	令和　　年　　月　　日	事務長	担当
	決定日	令和　　年　　月　　日		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※ マイナ保険証を利用し医療機関を受診された場合は自動的に限度額適用認定が適用されますので限度額適用認定証交付は必要ありません。

※ マイナ保険証利用登録をまだされていない方、やむを得ない理由でマイナ保険証の利用ができない方はこちらの申請書で限度額適用認定証の交付申請をしてください。

申請日 令和　　年　　月　　日

被保険者等	記号		被保険者氏名		
	番号				
事業所名称	※任意継続の方は記入不要				
被扶養者の申請の場合に記入	氏名			続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
認定証の送付先	自宅	〒　　－			
	会社	（社内便の場合、ビル（工場）名、部署名を明記してください）			

ＬＩＸＩＬ健康保険組合 御中

上記のとおり、申請いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名

【注意事項】

1） 本申請を受け付けた月の１日から有効の認定証を発行します。
前月から有効の認定証が必要である場合は、その旨を空欄に記載してください。

2） **消せるボールペン使用不可です。**

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

（令和6年12月改定）

決裁	受理日	令和　　年　　月　　日	事務長	担当
		令和　　年　　月　　日		

記入見本

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※ マイナ保険証を利用し医療機関を受診された場合は自動的に限度額適用認定が適用されますので限度額適用認定証交付は必要ありません。

※ マイナ保険証利用登録をまだされていない方、やむを得ない理由でマイナ保険証の利用ができない方はこちらの申請書で限度額適用認定証の交付申請をしてください。

申請日 令和　＊＊　年　＊＊　月　＊＊　日

被保険者等	記号	１３１	被保険者氏名	健保 太郎		
	番号	○○○○○				
事業所名称	※任意継続の方は記入不要 株式会社LIXIL					
被扶養者の申請の場合に記入	氏名	健保 花子			続柄	妻
	生年月日	昭和・(平成)・令和　○○ 年　○○ 月　○○ 日				
認定証の送付先	自宅	〒　○○○　－　○○○○ 東京都○○区○○町○－○－○				
	会社	（社内便の場合、ビル（工場）名、部署名を明記してください）				

ＬＩＸＩＬ健康保険組合 御中

上記のとおり、申請いたします。

令和　○○　年　○○月　○○ 日

被保険者　住所　東京都○○区○○町○－○－○

氏名　健保 太郎

【注意事項】

1） 本申請を受け付けた月の１日から有効の認定証を発行します。
前月から有効の認定証が必要である場合は、その旨を空欄に記載してください。

2） **消せるボールペン使用不可です。**

申請は直接健保組合へ
（メール添付での提出可）

健保組合受付

LIXIL健康保険組合