

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

※ マイナ保険証を利用すれば限度額適用認定証の申請は不要です。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 令和		
	記号・番号は資格情報のお知らせ、資格確認書などから確認いただけます。					
	(フリガナ)					
氏名						
住所	(〒	—)	都	道	
				府	県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日		
	被保険者の場合は記入の必要はありません			<input type="checkbox"/> 平成					
	療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月	
									認定証の有効期限は、受付した月の1日から最初に到来する8月末日までとなります。

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒	—)	都	道	
					府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
	宛名						

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。						
	氏名					被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	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 ()	

- ・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、認定証は発行されません。マイナ保険証による受診時に情報が反映されます。
- ・限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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。 令和 年 月 日

被保険者の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です	被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄			