

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の (右づめ)			☐ 昭和		
	(フリガナ)			☐ 平成		
	氏名			☐ 令和		
	住所	(〒	—	)	都 道	府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和		
	被保険者の場合は記入の必要はありません			☐ 平成		
				☐ 令和	年	月 日
療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年 月
						記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。

希望送付先	☐ 所属部店	☐ 上記住所	☐ それ以外（下記へご記入ください。）			
	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
		☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため
		☐ その他 ()

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

健保組合使用欄	被保険者の標準報酬月額	円	常務理事	事務長	担当
	適用区分				
	発効年月日	令和 年 月 日			
	有効期限	令和 年 月 日			
	認定証交付日	令和 年 月 日			