

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

入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。

| | | | | |
|---|------------------|-------------------------------|----------------------------|--|
| 被 保 険 者 情 報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 <input type="text"/> | 番号 <input type="text"/> | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 氏名 | (フリガナ) ----- | | <input type="text"/> |
| | 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 被保険者の場合 は記入の必要は ありません | 氏名 <input type="text"/> | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 療養予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | |

| | | | |
|----------------------------|--|--|-------------------------------|
| 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 <input type="text"/> | 被保険者 との関係 <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 | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | 申請代行 の理由 () |

| | |
|-------------|----------------------|
| 備 考 欄 | <input type="text"/> |
|-------------|----------------------|

※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

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)



社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

| 常務理事 | 担当者 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |