

常務理事	事務長	担当者

# 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

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。

令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和		
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	<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 日 ~ 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 令和			

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・印		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			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他	( )		

※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。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(01.5)

受付日付印

備考欄

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印