

記入見本

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 XX 年 XX 月 XX 日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 XX	番号 9999	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XXXXXXXX
	氏名・印	(フリガナ) アコム タロウ 阿込 太郎	アコム印可 → (阿込)	自署・押印してください。
	住所	(〒 123 - 4567) 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇1-2-3		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX		

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 入院または通院期間を必ず記入してください。	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	

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 (〒)	無記入の場合には、 <u>在職者は所属へ、任継者は登録住所へ特定記録郵便にて送付します。</u> 入院先等へ送付希望の場合は、病院が受け取り可能であることを必ず確認した上で記入してください。
	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 (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 <input type="checkbox"/> その他
	電話番号 (日中の連絡先) TEL ()	申請代行者の理由 ()

※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には記入不要です。)

(01.5)

受付日付印

備考欄

社会保険労務士
提出代行者名記載欄

(アコム社員の方へ)
マイナンバーは絶対に記載しないでください。
被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。