

常務理事			担当者

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。

以下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(申請者)情報	記号	番号	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	被保険者の場合は記入の必要はありません				
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6カ月間を有効とします。			

申請理由	該当するものに○をお願いします	1. 病気(疾患) 2. ケガ(負傷) [負傷原因届]を併せて提出してください

送付希望先	該当するものに○をお願いします	1. 事業所 2. 自宅

「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。					
申請代行者欄	申請代行者の氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です		
	住所	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。		

- ・ 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。
 - ・ 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。資格確認書等と一緒に窓口へ提示してください。
 - ※有効期限内でも不要になった時は、健保組合まですぐにお返ください。
 - ※再び認定証が必要になった場合は、再度申請をお願いします。

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄