

認定期間			標準報酬月額	証確認	常務理事	事務長	係
自 令和	年	月	日				
至 令和	年	月	日				

# 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

被保険者(申請者)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 <input type="checkbox"/> 平	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)				
	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	<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	～	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	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					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。

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

確認欄 (チェック)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------	--------------------------	--

(R3.4)

受付日付印

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右記に○をしてください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)	<input type="radio"/>
---	-----------------------

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--