

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

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 情 報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][][]	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 [][][][][][][][][][][][][]		
	氏名	(フリガナ) _____		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][][]
	住所	(〒 [][][] - [][][][]) (都 道 府 県) [][][][][][][][][][]				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][][][][][][][][])				
☐ 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	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][][]
	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			有効期限は最長6か月(6月末・12月末まで)となります。

申 請 代 行 者 欄	「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。					
	申請代行者の 氏名	被保険者との関係		☐ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です ☐ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です		
	住所	(〒 [][][] - [][][][]) (都 道 府 県) [][][][][][][][][][]		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][][]
	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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄