

# 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

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からぬ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	1 2345	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 1. 昭和 55年5月5日 2. 平成 55年5月5日 3. 令和
	住所	○○○ ○○○○	福岡 都道府県 久留米市○○町○丁目○-○ ○○マンション101号
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○ ( ○○○○ ) ○○○○	
<input checked="" 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 type="checkbox"/> )			

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	生年月日 1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 令和
	<p>※限度額認定証は申請書の受付月の初日より1年間の有効期限を設定し交付します。</p>		

希望送付先	① 労務管理室	2. 自宅住所	3. その他住所(下記へ記載)
	その他住所	(〒) -	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	<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	(〒) - 都道府県	生年月日 1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 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。

受付日付印