

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	1 2 3 4 5	<div></div> <div></div> <div></div>		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 5 5 年 5 月 5 日 3. 令和	
	住所	〇〇〇 〇〇〇〇 福岡 久留米市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇マンション101号	都道府県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				
<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☑)					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 令和	
	被保険者の場合は記入の必要はありません				
※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。					

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	(〒 -)	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