

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

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。



下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

被 保 険 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"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和		
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	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		<input type="checkbox"/> 令和			

この認定証は、報酬月額(給与)の変動により適用区分(負担額)が変わるため、発行は、申請から3か月間又は8月末までになります。長期希望者は、右記にを入れてください。ただし、**最長で8月末までになりますので、9月以降も希望する場合には、再度申請願います。**

長期希望

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。

受付日付印

神奈川県プラスチック事業健康保険組合
〒221-0844 神奈川県横浜市神奈川区沢渡1-2 Jプロ高島台サウスビル7階
TEL 045-410-2190 FAX 045-410-2193