

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 (左づめ)				
	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	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。		

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	(〒)	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。		

限度額適用認定証の送付先

所属部店 ・ 自宅 ○を付けてください

- ・ マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。
- ・ 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者の所属部店へ送付しますが、ご自宅への送付を希望する場合は、**着払いゆうパック**でお送りいたします。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄