

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(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名	(フリガナ)	
	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 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	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	原則受付した月の1日から最長3ヶ月間有効となります。	
受診理由	☐ 交通事故 ☐ 外傷 ☐ 出産 ☐ その他 入院・外来 () ※ 交通事故、外傷での受診の場合は負傷原因届を添付			

希望送付先	☐ 所属部署 ()
	☐ 自宅 ☐ その他 「簡易書留」で送付するため、確実に受け取ることが出来る住所を記入してください。
	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	☐ 家族 ☐ 事業所 ☐ その他 ()
	住所 (〒 -) (都 道 府 県)	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 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。	

- ※ 療養予定期間は、医師から言われている見込みの日程をご記入下さい。
※ 第三者行為(相手がある場合)の場合は早急に健康保険組合まで詳細の連絡をお願いします。
※ 認定証の送付先がその他をご希望の場合は、詳細を備考欄にご記入下さい。
※ 認定証は期間が経過した、退院等で不用になった、退職した場合等は、速やかに健康保険組合まで返却下さい。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄