

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

| | | | | | | | |
|---|----------------------|---------|---------------|--|-------------|---|--|
| 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) | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 5 6 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | 6 1 0 4 1 5 | | |
| | | (フリガナ) | ケンポ ハナコ | <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | 氏名 | 健保 花子 | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| 住所 | (〒 123 - 4567) | 東京 | 都道府県 | 港区〇〇1-1 〇〇マンション101 | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 03 (1230) 4567 | | | | | | |
| <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☑) | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------|--|---------------|
| 認 定 対 象 者 欄 | 療養を受ける方 | 氏名 | 健保 花子 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | 61 年 4 月 15 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 〇 年 〇 月 ~ 令和 〇 年 〇 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。 | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|---------|------|--|--|--|
| 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 | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | 申請代行の理由 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <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。

上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

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額医療費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

(R4.6)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄