

健康保険 限度額適用認定 申請書

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。
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。		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 (フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	氏名	必ず自署してください。		
	住所 (〒 -)	都(道) 府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL () (内線番号:)			
<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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	原則受付した月の1日から直近の8月31日までの有効期限となります。		
対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません					

受取方法	1. 事業主経由 2. 健保窓口 3. 被保険者上記住所 4. 下記希望送付先	希望する受取方法に○をしてください。 (3. 4. の場合、簡易書留での郵送となります)
------	---	---

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(個人名)				

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。 (申請代行できるのは、当健保加入者である被扶養者または事業主となります)			
	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 ()

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健保記入欄	
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・現Ⅰ・現Ⅱ
発効年月日	年 月 日
有効年月日	年 月 日

常務理事	事務長	担当

(2024.3)

受付日付印