

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

マイナ保険証をご利用の方は申請書の提出は不要です。
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	記号番号が分からぬ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)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	1	2	3	4																						
	1	2	3	4	5	6	7																			
氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 6 1 0 4 1 5																						
住所	(〒 123 - 4567) 東京 <small>都道府県</small>	港区○○1-1 ○○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 <input checked="" type="checkbox"/>)																										

認定対象者欄	療養を受ける方 <small>被保険者の場合は記入の必要はありません</small>	氏名 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 1 0 4 1 5
	療養予定期間	令和 ○ 年 ○ 月 ~ 令和 ○ 年 ○ 月	当健康保険組合では有効期限を最長8月31日までとしています	

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。			健康保険組合使用欄
申請代行者の 氏名	被保険者との関係	有効期限	令和 年 月 日	負担割合

限度額認定証の交付を申請する理由 ※ A ~ C のいずれかにチェック	<input checked="" type="checkbox"/> (A) 病気による治療のため
	<input type="checkbox"/> (B) 骨折などの外科の治療のため ※「負傷原因届」を一緒にご提出ください (初回のみ)
	<input type="checkbox"/> (C) 有効期限が経過したことによる申請
初めて申請される方で、上記 (B) に該当し限度額認定証の交付を希望される場合は、「負傷原因届」をご提出ください。 負傷原因届は当組合のホームページより印刷することができます。	

- 資格確認証と併せて限度額適用認定証を医療機関等に提示してください。
- 限度額適用認定証は有効期限を過ぎましたら、必ず健康保険組合にご返却ください。

(7.1)