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

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　　番号	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
氏名	（フリガナ）		
住民票住所	（〒　　－　　）　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（続　柄）	氏名　（続柄:　　）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
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。	

申告内容

医療費の減免・助成の有無	□ 医療費の助成または減免がある　□ 一切ない	**※対象者は認定証の 写しを提出すること。**
病気・ケガの区分	□ 病気（　　）　□ けが	**※ケガによる申請の場合は、「負傷原因届」を添付して下さい。**

送付先

□ **所属部店へ送付**
□ **下記住所へ送付**

注）**原則として所属部店宛に送付します**が、休職中等特殊事由により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。

申請代行者の氏名		被保険者との関係	□ 法定代理人 □ 任意代理人
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。	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

（R6.12）

受付日付印

群馬銀行健康保険組合