

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な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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)					
	氏名	(フリガナ) ゲンマ タロウ	群馬 太郎			
	住民票住所	(〒 -)	(都 道 府 県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<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 (続 柄)	氏名	群馬 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		(続柄: 妻)				
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	<input type="checkbox"/> 医療費の助成または減免がある <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> ケガ	※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	<input checked="" type="checkbox"/> 所属部店へ送付	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。			
	<input type="checkbox"/> 下記住所へ送付				
	住所	(〒 -)	(都 道 府 県)	所属部店にチェックを入れた場合、送付先住所は記入不要	
	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	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人		
	住所	(〒 -)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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