

## 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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報                            | 被保険者等<br>記号・番号<br>(左づめ) | 記号<br>[ ][ ][ ][ ]                                       | 番号<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                                                                                                                       |
|                                                       | 氏名                      | (フリガナ)<br>-----                                          |                                   | 生年月日                                                                    | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]<br><input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] |
|                                                       | 住所                      | (〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (都 道 府 県)) |                                   |                                                                         |                                                                                                                                       |
|                                                       | 電話番号<br>(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<br>定<br>対<br>象<br>者<br>欄 | 療養を受ける方             | 氏名              | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]<br><input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                 |
|                            | 被保険者の場合は記入の必要はありません |                 |      |                                                                                                                                       |                                 |
| 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。 |

|                       |                                          |                                                          |  |  |  |
|-----------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|--|--|
| 希<br>望<br>送<br>付<br>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<br>(日中の連絡先)                         | TEL ( [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] )                   |  |  |  |
| 宛名                    |                                          |                                                          |  |  |  |

|                            |                                           |                                                          |      |                                                                                                                                       |  |
|----------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 申<br>請<br>代<br>行<br>者<br>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<br>氏名                              | 被保険者との関係                                                 |      | <input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です<br><input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です                                           |  |
|                            | 住所                                        | (〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (都 道 府 県)) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]<br><input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] |  |
|                            | 電話番号<br>(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。                                                                                                       |  |

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄