

健康保険 限度額適用認定 申請書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者の (左づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 □□□□□□ <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	フリガナ		
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 □□□□□□ <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 ~ 令和 年 月	申請月の初日から最長で1年間となります。

送 付 希 望 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	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	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 ()

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健保組合使用欄（以下は記入しないでください）

常務理事	事務長	課長	係長	係		
交付年月日	令和 年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ 現役並み Ⅰ・Ⅱ			
発効年月日	令和 年 月 日	報酬月額	千円			
有効期限	令和 年 月 日					

受付日付印