

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

入院等で医療費が自己負担額を超えそうな場合にご使用ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)		(フリガナ)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	住所	(〒	—	)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			

確認欄	確認	☐ 右記の要件を確認し、 ☒ を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	---	--

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		
	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3か月間有効となります。

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、被保険者および療養を受ける方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	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)		申請代行の理由	(	)

※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。

上記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

(6.12)

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄