

理事長	常務理事	事務局長	担当者

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

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	部署	職種	生年月日	年	月	日
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(フリガナ)							
	住所	(〒 -)							
電話番号 (日中の連絡先)		都 道 府 県			TEL				

認定対象者欄	療養を受ける方 被保険者の場合は 記入の必要は ありません	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。
	医療機関名				傷病名など				

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			
	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		

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。

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

(R6.11改訂)

受付日付印