

健康保険 限度額適用認定 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。

記号・番号は、右つめて記入してください。

枝番は不要です。

被保険者情報	健康保険の (右つめ)	9 9 9	9 9 9 9 9	年月日	年	月	日			
	氏名	(フリガナ) タイヘイ ヒロシ	太平洋	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	0	1	0	1	0
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (0000) xxxxx	東京	都道府県	〇〇区××					
	<input checked="" 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)									

日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

委任しない場合は、✓をつけずに直接申請書を健保組合にお送りください。
この申請書は、事業主を通さなくても申請が可能です。

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	太平洋 まりん	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18 年 6 月 6 日 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	令和 4 年 5 月 1 日 ~ 令和 4 年 8 月 31 日	期間は最長で、受付した月の1日から直近の8月31日迄とします。		

事業所以外(自宅や病院等)への送付を希望する場合はご記入ください。

病院等に送付を希望される場合は、確実に届くように〇〇病院〇〇科〇〇など詳細に記載してください。

希望送付先	住所	(〒 〇〇〇 - xxxxx)	東京	都道府県	〇〇区××-××-××
	電話番号	TEL 03 (0000) xxxxx			
	宛名	太平洋			

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 4 年 5 月 10 日

委任しない場合は、こちらの記載は不要です。

事業所欄	上記のとおり、被保険者から申請(委任)がありましたので提出します。	令和 年 月 日	
	所在地	事業所記入	担当者名
	名称		
氏名			
TEL	()		

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

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