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。

被保険者情報			
健康保険の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄			
療養を受ける方（被保険者の場合は氏名に**本人**と記入）	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和
療養予定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　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。

希望送付先	
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）
宛名	

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

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。		
所在地 名　称 氏　名	令和　年　月　日 TEL　（　　）	担当者名

【健保使用欄】

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

太平洋セメント健康保険組合
（限）-2024.09