

常務理事	事務長	部長	課長	課補	長佐	係長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の 記号・番号	.	昭和・平成・令和			
			年	月	日	
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 - )					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
						自署の場合は押印を省略できます。

認定対象者欄	療養を受ける方 (受診者)	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	療養見込期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					被保険者 との続柄
	傷病名		医療機関名 (病院名)				
	上記傷病名が外傷性(骨折・捻挫・打撲等)の場合は、別途傷病原因の照会について(回答)を添付してください。 (※労災・交通事故等の場合、健康保険がご使用出来ない場合もございますので、ご注意ください)						

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。 ※医療機関に送付を希望する場合、必ず事前に医療機関に送付可能か確認し、病棟・病室番号等を記載してください。						
	住所	(〒 - )					
	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・印						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。

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

受付日付印

- ・被保険者等の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は個人番号確認と、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

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(06.11)