

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

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

認定対象者欄	療養を受ける方		生年月日	☐ 昭和	年	月	日
	被保険者の場合は記入の必要はありません	氏名		☐ 平成			
				☐ 令和			
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	療養予定月の1日から最長6か月有効				

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

- ・被保険者証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

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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄