

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

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日			
				昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					
	住所	〒 -					
電話番号	日中の 連絡先	TEL	-	-	携帯	勤務先	自宅
上記住所と別のところに 送付を希望する場合		〒	-	宛先			

認定対象者	療養を受ける方	被保険者 被扶養者	氏名	生年月日				
				昭和 平成	年	月	日	
	療養予定	令和	年	月	日	から	病気 ケガ	原因

申請代行者	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	申請代行の理由			
	日中の連絡先	TEL	-	-	被保険者が入院中	その他

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。

限度額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証の利用促進にご協力ください。

※一部未導入の医療機関もあるため、直接医療機関あてご確認ください。

マイナ保険証について詳しくは下記コードからご覧ください



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

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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。)

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

組合使用欄	伺	発効日	令和	年	月	日				
	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	有効期限	令和	年	月	日
	報酬月額	千円	区分	ア・イ・ウ・エ						