

ご記入事項を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

TEL ○○○○ - △△△ - ***** □□□□
--

- ① 記号・番号は、保険証等に記載されています。
- ② 送付希望先
入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などにご記入ください。
不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。
- ③ 療養を受けられる方についてご記入ください。
 - ・ ケガにより療養を受ける場合は、ケガの原因をご記入ください。
 - ・ 第三者行為による疾病・ケガの場合は、「第三者行為による傷病届」のご提出が必要です。

漏れなく正確にご記入ください

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

※ 原則受付した月の1日からの発行となります

被保険者(申請者)情報	被保険者の	記号 1 2 3	番号 3 0	生年月日 昭和 平成	6 1 年 1 0 月 2 2 日	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	〒524-0104 滋賀県守山市木浜町 2298-1				
	電話番号	日中の 連絡先	TEL 077 - 585 - 4838		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		〒524-0104 滋賀県守山市001-1		宛先 〇〇株式会社		

認定対象者	療養を 受ける方	被保険者 被扶養者	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 令和	6 1 年 1 2 月 1 0 日
	療養予定	令和	0 6 年 1 0 月 0 1 日	から	病気 ケガ

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 被保険者が入院中 その他
日中の連絡先		TEL - -	[]

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



被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--

受付日付印

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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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