健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳以上の
上位所得者用

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　　番号	生年月日　昭和 平成　年　月　日
	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
	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 令和　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 日中の連絡先　TEL　　－　　－	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　［　　］

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	現役並みⅠ・現役並みⅡ