

健康保険 限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	課長	合議	係
発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月末	

マイナンバーカードに対応した医療機関では、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	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		年 月 日	
	住所	(〒 -)			

認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		記載が無い場合、原則受付した月の1日から令和6年12月1日まで有効となります。

※令和6年12月2日の保険証廃止に伴いまして、有効期限は最長令和6年12月1日までとなります。

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		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他 ()

※限度額適用認定証は事業所経由で送付いたしますので、早めの申請をお願いいたします。

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

(R6.3)