

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号 番号	事業所の名称	・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、下記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。			
	氏名 (フリガナ)	生年月日		年	月	日
	住所 (〒 - )	都 道 府 県		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

認定対象者欄	療養を受ける方 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	発効期間	原則受付した月の1日から1年間有効となります。(申請書受付日より前月付の認定証の交付はできません。)				

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所 (〒 - )	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
宛名						

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

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印
-------

健 保 組 合 使 用 欄	
NO	作成者印
報酬月額 千円	
ア・イ・ウ・エ	
現役並Ⅱ・現役並Ⅰ	