

# 記入例

健康保険 限度額適用認定証 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

※ マイナンバーカードを健康保険証として利用できるマイナ保険証の登録はお済みでしょうか？登録済の方につきましては、マイナ保険証にて受診して頂く事で、**限度額適用認定証の提示は不要となっております。マイナ保険証をご利用ください。**マイナ保険証の登録をされていない方等で、交付を希望される方につきましては、下記項目をご記入頂き、申請してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号 1234	番号 5678	生年月日
	(フリガナ)	ケンポ タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50 年 1 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	健保 太郎		
	住所	〒453-0015 愛知県名古屋市中村区椿町3番21号		
	電話番号 (日中の連絡先)	052-451-0291		
	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委託します。(委託する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			

認 定 対 象 者	療養を受ける方 ※被保険者の場合は記入不要です。	生年月日
	(フリガナ)	
	氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	※記載がない場合は、受付した月の1日から1年間で作成します。 令和 年 月 ~ 令和 年 月

希 望 送 付 先	基本的に事業所経由でのお渡しとなります。別途送付希望がある方のみご記入ください。	
	住所	〒
	電話番号 (日中の連絡先)	
	宛名	

申 請 代 行 者	「申請代行者欄」は被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合にご記入ください。	
	(フリガナ)	被保険者との関係
	氏名	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( )
	電話番号 (日中の連絡先)	

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 6年 2月 1日

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付