

# 健康保険 限度額適用認定申請書

事務長	部長	課長	係長	主任	係

被 保 者 情 報	被保険者証の (右つめ)	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

認 定 対 象 者	療養を受ける方の 氏名	(フリガナ)	生年月日
			元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	申請を受けた ことがある方	発効 年月日	年 月 から 年 月 まで

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)	( )		
	宛名			

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	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 [ ]
	被保険者との関係		
	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。

年 月 日

被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)	<input type="text"/>
--	----------------------

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

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いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、  
マイナ保険証をぜひご利用ください。

受付日付印
-------

確認日付印
-------