

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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、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。

以下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 12 月 1 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい						
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9 9 9 9	5 0						
	氏名	(フリガナ) ケンポ サンシロウ 健保 三四郎	生年月日	元号 昭和	年 3	月 8	日 0 9 1 5		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 000 - 0000) 000 (000) 0000	愛知 都道府県	〇〇市〇〇町〇番〇〇〇 〇〇〇マンション 〇〇〇号室					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)									

認 定 対 象 者	氏名	生年月日			
	(フリガナ) ケンポ ハナコ 療養を受ける方の 健保 華子	元号 昭和	年 3	月 9	日 0 5 1 0
	申請を受けた ことがある方	発効 年月日 令和 〇 年 1 月 から 令和 〇 年 12 月 まで	証の返却はされましたか ☒ はい ☐ いいえ ☐ 添付		

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 ☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため。 ☐ その他 []
	被保険者との関係				
	電話番号 (日中の連絡先)	()			

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付日付印

確認日付印
