健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満｜一般・上位所得者用

常務	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

該当する方に〇を付けてください

◇マイナンバーカードを保険証として利用登録したマイナ保険証をお持ちですか　　はい　・　(いいえ)

「はい」と回答した方はこの申請書を提出する必要はありません。医療機関等の窓口にてマイナ保険証を利用することによって、所得区分に応じた自己負担額の適用を受けることができます。

※マイナ保険証を利用すれば、医療機関等の窓口で限度額適用認定証を提示することなく、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申請は不要となりますので、便利なマイナ保険証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。　　申請年月日　令和　6　年　12　月　2　日

被保険者情報

被保険者等記号・番号	記号　9999　番号　99999		
氏名	(フリガナ)　ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	(昭)平・令　53 年　1 月　1 日
住所	〒　350　－　1301 千代田区神田駿河台1-7	電話番号（携帯電話）	03　(　3292　)　5002
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(事業主経由(委任)する場合は✓)			

認定対象者

療養を受ける方	(フリガナ)　ケンポ　ハナコ 氏名　健保　花子	生年月日	(昭)平・令　56 年　12 月　31 日
※限度額適用認定証は、原則、受付月の1日から1年間有効となります。			

〇 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先

住所	〒　－　都・道府・県		
		電話番号（携帯電話）	(　)
宛名		被保険者との関係	

※医療機関等を希望する場合は、事前に医療機関等に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

出版 健康保険組合　（令6.12）