

記入例

# 限度額適用認定証 交付申請書

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 提出

|   |                         |                       |                  |          |  |
|---|-------------------------|-----------------------|------------------|----------|--|
| 被保険者情報  | 被保険者等<br>記号・番号<br>(左づめ) | 記号                    | 番号               |          |  |
|   | 氏名                      | (フリガナ)                | ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | 生年月日     | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
|   | 住所                      | (〒 623 - 0011)        | 京都               | 都(道)府(県) | 綾部市青野町膳所1番地  |
|   | 電話番号<br>(日中の連絡先)        | TEL 080 ( 0000 ) 0000 |                  |          |  |
| <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☑) |                         |                       |                  |          |  |

|        |         |                 |                      |      |  |          |
|--------|---------|-----------------|----------------------|------|--|----------|
| 認定受給者欄 | 療養を受ける方 | 氏名              | 健保 花子                | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 6年 5月 1日 |
|        | 療養予定期間  | 令和 年 月 ~ 令和 年 月 | 記載が無い場合、原則受付した月の1日から |      |  |          |

申請いただいた月の1日から有効となります

|       |  |         |          |  |  |
|-------|--|---------|----------|--|--|
| 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<br>(日中の連絡先)                             | TEL ( ) |          |  |  |
| 宛名    | ※限度額適用認定証の送付先が入院医療機関の場合は、医療機関の了承を必ずもらってください。 |         |          |  |  |

|        |   |          |   |   |       |
|--------|---|----------|---|---|-------|
| 申請代行者欄 | 「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。 |          |   |   |       |
|        | 申請代行者の氏名                                  | 被保険者との関係 | <input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です<br><input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です |   |       |
|        | 住所  | 都(道)府(県) | 生年月日  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
|        | 電話番号<br>(日中の連絡先)                          | TEL ( )  |   |   |       |

※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄