

受付日付印

決 裁	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係

健康保険 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

マイナ保険証をご利用いただくことで、限度額適用認定証交付申請書の提出は不要となります

※マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナ保険証として医療機関等を受診できます。また、窓口での保険診療分のご負担が自己負担限度額までとなりますので、**限度額適用認定証交付申請書の提出は不要となります。**ぜひマイナ保険証をご利用ください。

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 年 月 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ください			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成
住所	(〒 -)	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<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☑) ※認定証の送付先は原則被保険者住所となります。 事業所経由での交付を希望される場合は、下記「希望送付先」欄をご記入ください。						

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。						

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。 ※病院もしくは職場に送付の場合、住所に併せて部署名および科(課)名まで詳しくご記入ください。				
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
宛名					

※申請書受付日より前の月の限度額適用認定証は交付できません。
※被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。