決　裁	
常務理事	担当者

健康保険 限度額適用認定 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

被保険者情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者証の（右づめ）			□昭和 □平成
氏　名	（フリガナ）		
住　所	（〒　　）		
電話番号（日中の連絡先）	TEL		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	氏名	続柄	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
療養予定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			認定証の有効期間は、左の期間に応じて「６カ月間」または「１年間」となります。

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。　令和　　年　　月　　日

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

ニチアス健康保険組合