

記入例

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)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 )				
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 <input checked="" type="checkbox"/> )						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	続柄	生年月日	年	月	日			
	被保険者の場合は記入の必要はありません			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
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

記入不要

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印