

健康保険 使用欄	別紙のとおり、認定証を交付いたします。	常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	係	月額	千円
	決裁：令和 年 月 日							区分	
	交付：令和 年 月 日							年 月まで	

健康保険 限度額適用認定 交付申請書

非課税以外
の方用

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。

被保険者 申請者 情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	マイ ナンバー	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください		
	氏名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和	
	住所	(〒 -)			TEL	☐ 平成	
	電話番号 (日中の連絡先)	都 道 府 県					
☐ 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	氏名	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	続柄		
	療養予定期間 (医療費が高額になる期間)	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	療養する原因 (番号に○)	1. ケガなどの外傷性によるもの ➡ 別途「負傷原因届」を添付してください。							2. 1以外によるもの	

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
	宛名	電話番号 (日中の連絡先)

申請代行者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。	
	氏名	被保険者 との関係
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行 の理由

※限度額適用認定証の送付先、または申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者情報の住所(希望送付先の記入がある場合はその住所)宛となります。

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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄