

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 欄	1	被保険者証 (健康保険被保険者手帳)の 記号および番号												
	2	被保険者の氏名	(フリガナ)										印	
	3	被保険者の生年月日	昭・平・令		年		月		日					
	4	被保険者の住所	郵便番号 (〒		—)	電話	()				
	5	「4」の住所とは 別のところに 送付を希望する 場合は、その 送付先	住所	郵便番号 (〒		—)	電話	()			
宛名														

「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 書 交 付 対 象 者 欄	6	療養する方は被保険者本人 ですか、被扶養者家族ですか	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」の「療養予定期間」欄のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者本人 → 下記「7」～「12」の欄を記入してください。													
	7	療養する方の氏名	(フリガナ)													
	9	療養する方の生年月日	昭・平・令		年		月		日	10	性 別	男 ・ 女				
	11	療養する方の住所	郵便番号	〒		—)	電話	()					
	12	療養予定期間	令和		年		月		日	～	令和		年		月	

「申請代行者が記入するところ」は、被保険者および療養する方以外の方が申請する場合に記入してください。

記 入 請 す 代 行 と こ ろ が	13	申請代行者の氏名	(フリガナ)										印	被保険者との関係	
	14	申請代行者の住所	郵便番号 (〒		—)	電話	()					
	15	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他()												

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

以下は記入しないでください。

受付年月日

常務理事	事務長		

交付年月日	令和	年	月	日	発行年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日	適用区分				