

# 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			
			<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 - )	都	道	府	県	
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
	被保険者の場合は記入の必要はありません			<input type="checkbox"/> 平成			
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	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。						
	住所	(〒 - )	都	道	府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
宛名							

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)	TEL ( )			申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※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、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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

(2024.2)

受付日付印

## 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

## ご本人の記入例

一部の医療機関等では、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。  
マイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者情報	記号	1	番号	12345	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	3	7	0
					<input type="checkbox"/> 令和	6	0	1
氏名	(フリガナ)	ヤマダ タロウ						
		山田 太郎						
住所	(〒	231	-	0000	)	神奈川県	横浜市中区	●●町1-2
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	045	(	224	)	1234		
<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				
	被保険者の場合は記入の必要はありません			<input type="checkbox"/> 平成							
	療養予定期間	令和	年	月	～	令和	6	年	11	月	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

被保険者が休んでいる場合や直近の申請で、  
急ぎの場合のみ記入してください。

## 申請代行者欄

被保険者の会社担当者使用欄  
(代理申請時のみ)

※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、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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 6年 10月 10日

未記入

(2024.2)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

## 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

## ご家族の記入例

一部の医療機関等では、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。  
マイナンバーカードをぜひご利用ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 12345	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	370601
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎			
	住所	(〒 231 - 0000 ) 神奈川県 横浜市中区●●町1-2			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 ( 224 ) 1234			

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 山田 華子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	39年 8月 8日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 6年 11月	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  
先被保険者が休んでいる場合や直近の申請で、  
急ぎの場合のみ記入してください。申  
請  
代  
行  
者  
欄被保険者の会社担当者使用欄  
(代理申請時のみ)

※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、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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 6年 10月 10日

未記入

(2024.2)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄