

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

	常務理事	事務局長	担当

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒	—)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	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="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月

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

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(28.8)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄