

# 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

提出先: 健保組合

健康保険証記載記号2桁の番号

健康保険証記載の番号4桁の番号

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
		1 0	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 8	0 7	0 1
	氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ	被保険者(本人)について記入してください			
	住所	(〒	761 - 0185 )	都 道 府 県	香川県	高松市新田町甲34	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	087 ( 839 ) 5757					

入院・治療を受ける方について記入してください

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	9 年 8 月 2 日
	被保険者の場合は記入の必要はありません	療養予定期間	令和 4 年 6 月 ~ 令和 4 年 8 月			

入院・治療を受ける期間を記入してください  
終了がわからない、長期にわたる場合等は終了予定月については空欄でかまいません

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)

記入不要

(28.8)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄