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

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）			□ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ） 印		自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒 ー ） 都道府県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

□ 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：氏名・生年月日 記入不要）	氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日
療養予定期間	令和 年 月～令和 年 月 予定期間の記載が無い場合、原則受付した月の1日から3カ月間有効となります。	療養目的： □ 病気 □ ケガ	交通事故等第三者の行為によるケガの場合には「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です

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	（〒 ー ） 都道府県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		
宛名		被保険者との関係	

※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。
※申請書受付日の前月以前に遡る発行はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

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必ずご記入ください。

氏名	印	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	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他 （ ）

・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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

日研グループ健康保険組合

(R2.10)