

マイナ保険証を利用すれば、こちらの申請手続きが不要となります。

有効期間： / ~ /
 取得・認定日： H・R 年 月 日

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

以下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

被保険者情報	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	市 郡 区			
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 の記入不要	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月 原則受付した月の1日から3カ月間有効となります。	療養の目的： <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 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	

マイナ保険証がある方には原則、限度額適用認定証の発行はしません。
 マイナ保険証がある方で発行を希望する場合は該当理由を下記1~4から選んでください。
 ※3を選択した場合は医療機関名、4を選択した場合はその理由を必ずご記入ください。

1. マイナンバーカードを返納したため
 2. マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため
 3. 医療機関より紙の認定証を求められたため (医療機関名: _____)
 4. 上記以外 (理由: _____)

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	市 郡 区
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
宛名			

※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・印	<input type="text"/>	被保険者との関係	<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 ()
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由	()

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

受付日付印

社会保険労務士の
 提出代行者名記載欄

印