

常務理事	事務長	発議

〈申請の前に医療機関等に本当に「限度額適用認定証」が必要かご確認ください〉
オンライン資格確認を導入した医療機関では、マイナンバーカードがなくても限度額適用認定証がなくても、限度額適用認定区分について患者本人が医療機関・薬局への情報提供に同意すれば限度額を適用することができます。

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
	被保険者証等 (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	(フリガナ)					
	氏名					
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)						
年 月 日						

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	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	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。				

限度額適用認定証の送付先は、基本、事業所住所です。お急ぎの場合のみ、「希望送付先」へご記入ください。

希望送付先	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	<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 ()	申請代行者の理由 ()

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

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--