

# 記入見本

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。ぜひ、マイナンバーカード(マイナ保険証)をご利用ください。

常務理事	事務長	担当者

## 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 XX年 XX月 XX日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	マイナンバーは絶対に記載しないでください。 被保険者等の記号番号が不明な場合はお問い合わせ下さい。		
	氏名	(フリガナ) アコム タロウ	必ず本人が自署してください。		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 XXXXXXXX
	住所	(〒 123 - 4567 )	〇〇 都 道 府 県	〇〇市〇〇1-2-3		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX				

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	阿込 華子	生年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 XXXXXXXX
	療養予定期間	令和 XX年 XX月 ~ 令和 XX年 XX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。			

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。 入院または通院期間を必ず記入してください。					
	住所	(〒 - )	都 道			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	無記入の場合には、 <u>在職者は所属へ、任継者は登録住所へ特定記録郵便にて送付します。</u> 入院先等へ送付希望の場合は、病院が受け取り可能であるかを必ず確認した上で記入してください。			

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。					
	申請代行者の 氏名	被保険者との関係		<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍簿本の添付が必要です <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です		
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日

※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄