

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の(右づめ)		年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。
電話番号(日中の連絡先)	TEL ()		

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月 日
	療養理由	療養理由で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 第三者行為によるけが・病気 ⇒ 「第三者の行為による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> 業務(通勤)上のけが・病気 <input type="checkbox"/> 第三者行為・業務(通勤)上ではないけが ⇒ 「負傷原因届」を提出 <input type="checkbox"/> あてはまらない
	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。

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
	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・印	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
	電話番号(日中の連絡先)	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他 ()

※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。

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)	
--	--

受付日付印

(19.05)

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