

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

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名・印	(フリガナ)	自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		
	被保険者の場合は記入の必要はありません								
療養予定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

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
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由 ()				

(6.10)

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

※	常務理事	事務長	担当者	法定区分決定決議	
				標準報酬月額 (千)	ア・イ ウ・エ
	起	案	年	月	日

受付日付印
