

[記入例]

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

健康保険被保険者証 記号番号		○○○○-○○○○		マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)	
被保険者	氏名	○○ ○○ 印	事業所	名称(所属)	○○○○株式会社○○支店
	生年月日	昭・平 ○年○月○日		所在地	○○県○○市○○○丁目○○-○
認定対象者	氏名	○○ ○○	被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭・平 ○年○月○日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
使用区分 (どちらかに○)	外来診療・ <input checked="" type="radio"/> 入院	入院(予定)年月日	平成 ○年○月○日		
被保険者(認定対象者)の住所		〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○○丁目○○-○ TEL ○○(○○○)○○○○			

◆被保険者、認定対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者	氏名		被保険者との続柄	
	電話番号	TEL		
申請代行の理由				

認定証送付先 (いずれか○)	<input checked="" type="radio"/> 事業所経由	※認定証の適用開始日は、この申請書を健保で受付けた日の属する月から適用になります。
	<input type="radio"/> 上記自宅宛	
	<input type="radio"/> 自宅以外	

申請日 平成 ○年○月○日

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。

以下健保使用欄

発効年月日	平成 年 月 日	適用区分			
有効期限 (発効から最長1年)	平成 年 月 日				
申請経路	事業所・被保険者	健保使用欄)			
健保受付・認定年月日	常務理事	事務長	担当者	入力	発行