届書コード	
6 2 2	0

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

被保険者欄	1	被保険者証（健康保険被保険者手帳）の記号および番号	左づめ　－　左づめ	
	2	被保険者の氏名	(フリガナ) ㊞	
	3	被保険者の生年月日	昭和・平成　年　月　日	
	4	被保険者の住所	郵便番号　－ 都道府県 電話　（　）	
	5	「4」の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住所	郵便番号　－ 都道府県 電話　（　）
			宛名	

「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認定証交付対象者欄	6	入院する方は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。	□ 被保険者本人 ⟶ 下記「12」の「入院予定期間」欄のみを記入してください。 □ 被扶養者家族 ⟶ 下記「7」～「12」欄を記入してください。			
	7	入院する方の氏名	(フリガナ)	8	被保険者との続柄	
	9	入院する方の生年月日	昭和・平成　年　月　日	10	性別	男・女
	11	入院する方の住所	郵便番号　－ 都道府県 電話　（　）			
	12	入院予定期間	平成　年　月　～　平成　年　月			

「事業主(申請代行者)が記入するところ」は、被保険者および入院する方以外の方が申請する場合に記入してください。

事業主(申請代行者)が記入するところ	13	事業主(申請代行者)の氏名	(フリガナ) ㊞		被保険者との関係	
	14	事業所(申請代行者)の住所	郵便番号　－ 都道府県 電話　（　）			
	15	申請代行の理由	1　被保険者本人が入院中で外出できないため。 2　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、「4」欄の被保険者住所または「5」欄の送付を希望する住所となります。「14」欄の事業所（申請代行者）の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

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。

平成　年　月　日

16	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
		㊞

以下は記入しないでください。

受付日付印

協会使用欄			
決裁		登録	審査

被扶養者番号		証区分	0：限度額適用認定証
交付年月日	平成　年　月　日	発効年月日	平成　年　月　日
有効期限	平成　年　月　日	適用区分	A・B

全国健康保険協会