

健康保険 限度額適用認定 申請書



入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2. 平成 3. 令和
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>			記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
住所	都 道 府 県				

認定対象者欄	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2. 平成 3. 令和			

送付希望先欄	上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。				
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			
宛名	<input type="text"/>				

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名	<input type="text"/>	被保険者との関係	<input type="text"/>
電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他 ()	

備考	<input type="text"/>
----	----------------------

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	同時申請	<input type="checkbox"/> 1. 資格取得	<input type="checkbox"/> 1. 被扶養者異動届	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者変更訂正
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由) 2. 処理票	枚数	<input type="text"/>		

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------