

限度額適用認定申請書 不備の多い点をまとめました。

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者記入用



記入方法等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報欄	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左詰め)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印 (フリガナ)		印 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 ()					

認定対象者情報欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 ~ 令和 年 月	申請月の初日から最長で1年間となります。				

送付希望先	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						

申請代行者情報欄	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・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	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <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。
※申請書受付日より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者のマイナンバー記載欄
記入した場合は、本人確認書類及び付付台紙の交付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の 提出代行者記載欄	印	受付日付印 (2023.9)
様式番号	協会使用欄	
2 3 0 1 1 7	1	

制度の概要は[こちら](#)
申請書のダウンロードは[こちら](#)

※被保険者（お勤めされている方）が住民税非課税の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご覧ください。

被保険者情報欄 氏名・生年月日の不備

被保険者（お勤めされている方）の氏名・生年月日を記入する欄になります。療養を受ける方の氏名等を書かないようご注意ください。

療養を受ける方の氏名・生年月日の記入漏れ

記入がない場合、被保険者（お勤めされている方）の認定証が発行されますので被扶養者の認定証が必要な場合は記入漏れにご注意ください。

療養予定期間の記載

記入がない場合、申請書を受付した月の初日から1年間の有効期限内で限度額認定証を発行します。

※申請日より前に遡って限度額認定証の発行を受けたい場合は、医療機関の了承が必要です。医療機関の了承を得た場合、申請期間を必ずご記入いただき、余白に「〇〇（医療機関名）了承済み」とご記入ください。

<例>
令和3年8月に申請するが、令和3年7月から発行して欲しい
・療養予定期間に令和3年7月～と記載
・余白に「〇〇（医療機関名）了承済み」と記載

マイナンバーの記載

マイナンバーの記載は不要です。

※添付書類は特にありません。