

限度額適用認定申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、作成をお願いします。申請書はコンピューターで読み取りますので枠内に楷書で丁寧に記入ください。

◎ マイナ保険証をご利用いただくことで、限度額適用認定申請書の提出は不要となります！

◎ 一部の方は**高齢受給者証**が限度額適用認定証の代わりになります！

以下①～③の項目を全て満たしている方は、認定証が発行されないため、ご申請いただく必要ございません。

- ① 70歳以上75歳未満
- ② 「被保険者の住民税」が「課税」の方
- ③ 「高齢受給者証」の負担割合が「2割」の方
又は 「70歳以上の被保険者の標準報酬月額」が「83万円」以上の方

健康保険 限度額適用認定 申請書 (限)

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。

被保険者証 記号 (左づめ)	番号 (右づめ)	生年月日
21700023	1	2 01 05 10
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ	
氏名	協会 太郎	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	
7000000	086xxxxxxx	
住所	岡山 県 岡山市 ○○区 ○○町 1-1	

認定対象者欄

氏名 (カタカナ)	生年月日
キョウカイ タロウ	2 01 05 10

送付希望先欄

郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)
住所	
宛名	

申請代行者欄

氏名	被保険者との関係
電話番号 (左づめハイフン除く)	申請代行の理由

備考

被保険者の記号番号が千桁の場合は、被保険者のマイナンバーを記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
代行署名記入欄

【マイナンバー記入欄】
資格情報のお知らせ等に記載された記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要です。**
※本人確認書類等も不要です。

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/1

※ (枝番) の記入は不要です

資格情報のお知らせ	
記号 21700023	番号 1 枝番 00
氏名	キョウカイ タロウ
生年月日	平成元年 5 月 10 日
資格取得年月日	令和 2 年 4 月 1 日
保険者番号	12345678
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部

- 記号番号の欄に
資格情報のお知らせ等に記載された記号番号
- 被保険者情報欄には**被保険者 (協会太郎)**の情報を記入
(被扶養者の情報は記入しない)
- 認定対象者欄に療養する方の
情報を記入してください。
※青枠・オレンジ枠の部分は必ず
記入してください。

ご自宅以外の送付先への発送を希望する場合のみ、記入してください。 (事業所宛の場合は担当者名まで)

**被保険者の代わりに申請する場合
記入してください。**

【認定証の有効期間】
申請書を協会けんぽで受付した日の
属する月の1日 (資格を取得した月の
場合は、資格取得日) から**1年間**です。

照会先

全国健康保険協会 岡山支部
協会けんぽ

〒700-8506
岡山市北区本町6-36
第一セントラルビル8階
TEL : 086-803-5780
(代表 : 自動音声案内①)

<岡山支部HP>

