

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。

被保険者証	記号 (左2桁)	番号 (左7桁)	生年月日
氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢点「・」は半角点「・」は1字としてご記入ください。		
氏名			
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左7桁ハイフン除く)		
住所	郵便 府 県		
氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢点「・」は半角点「・」は1字としてご記入ください。		
生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和		
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左7桁ハイフン除く)		
住所	郵便 府 県		
宛名			
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	被保険者との関係		
電話番号 (左7桁ハイフン除く)	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入居中で外出できないため 2. その他	
備考			
被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。 (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。)			
社会保険労務士の提出代行者名記入欄			
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)	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	1. 異動取得 2. 被保険者異動届 3. 被保険者変更訂正
2 3 0 1 1 1 0 1	その他	1. その他 2. 免状等	枚数

●限度額適用認定証は**ご加入の保険証の発行元に申請してください。**



申請前にご確認ください →

被保険者情報



記入誤りが多い

●ご家族(被扶養者)の限度額認定証が必要な場合でも、**被保険者(お勤めのご本人)の氏名・生年月日・住所をご記入ください。**

認定対象者欄



記入漏れが多い

●認定対象者欄の記入漏れが多いです。
限度額認定証が必要な方の氏名・生年月日を必ず記入してください。

送付希望先欄

●限度額適用認定証の送付先や申請書記入不備等による返戻先になります。**被保険者(ご本人)の住所に送付希望の場合は、記入不要です。**