

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。

療養を受ける方が

「本人（被保険者）
枝番が00」

の場合

資格情報のお知らせ		
記号 1010101	番号 1	枝番 00
氏名	キョウカイ タロウ	
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日	
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日	
保険者番号	01040013	
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部	

被保険者情報

資格情報のお知らせ		
記号	1010101	番号 1 枝番 00
氏名	キョウカイ タロウ	
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日	
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日	
保険者番号	01040013	
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部	

マイナンバーは記号・番号が不明の場合のみご記入ください。
(記入した場合は別途、添付書類が必要になります)

認定対象者欄

被保険者ご本人（協会太郎）の
情報をご記入ください。

送付希望先

ご自宅以外の送付先への発送を
希望する場合のみご記入ください。

申請代行者欄

被保険者の代わりに申請する場合
ご記入ください。

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。		
記号・番号	101010101	1
個人番号 (マイナンバー)		
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)	9810000	電話番号 (左づめハイフン除く) 022xxxxxxx
住所	宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1	
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ	
生年月日	1 昭和 40 年 10 月 01 日	
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	
氏名	被保険者との関係	申請代行の理由
電話番号 (左づめハイフン除く)		
備考		

【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日から1年間です。
※資格取得月の場合、資格取得日から有効になります。

(注) マイナ保険証をお持ちの方は「限度額適用認定書」の申請は不要です

照会先

全国健康保険協会 宮城支部
協会けんぽ

〒980-8561
仙台市青葉区中央4-4-19
アーバンネット仙台中央ビル14階
TEL: 022-714-6850 (代表)



