

記入のポイント 限度額適用認定証

健康保険 限度額適用認定 申請書



この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

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	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	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。		
	氏名			
	郵便番号 (ハイフン除く)	〒	市区町村	番
	住所	都 道	府 県	

被保険者(本人)の情報を記入
※扶養家族の情報ではありません

認定証情報	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。
	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和

認定証が必要な方の情報を記入

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)	電話番号 (左づめハイフン除く)
住所	
宛名	

送付希望先が、被保険者の住所と異なる場合に記入

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

有効期間を遡った認定証の交付を希望される場合は、「○月から有効の証を希望(●●病院(入院先等)・▲▲様(ご担当者)より了承済み)」と記入
記載がない場合は、書類を受付した月から1年間有効の証を発行します。

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

原則記入不要
記入すると確認書類が必要

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

記入不要