

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。濁点(°)、半濁点(゜)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 (左づめハイフン除く) | | |
| | 住所 | 都 道 府 県 | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 認定対象者欄 | 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。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 1. 昭和 | <input type="checkbox"/> 2. 平成 | <input type="checkbox"/> 3. 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |

| | | |
|--------|---|------------------|
| 送付希望先欄 | 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 |

| | | |
|------------------|--------------------------|---|
| 申請代行者欄 | 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 | 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 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者本人が入院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) | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1. 資格取得 | <input type="checkbox"/> 1. 被扶養者異動届 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者変更訂正 |
| 2 3 0 1 1 1 0 1 | その他 | <input type="checkbox"/> (理由) 1. その他 2. 処理票 | 枚数 | <input type="checkbox"/> | |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

(2022.10)