

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 (左づめ)	生年月日
			1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
氏名 (カタカナ)			
氏名	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。		
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	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日																										

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	都道 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。			
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 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	
----	--

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. 資格取得		☐	1. 被扶養者異動届		☐	1. 被保険者変更訂正		
2 3 0 1 1 1 0 1							その他		☐	1. その他 2. 処理票		(理由)		枚数		

受付日付印

(2022 10)