

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

「**家族（被扶養者）**

枝番が00以外」

の場合

資格情報のお知らせ

記号 1010101 番号 1 枝番 01
氏名 キョウカイ ハナコ
生年月日 昭和41年11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

健康保険 限度額適用認定 申請書

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。

記号・番号	1 0 1 0 1 0 1	1	1	4 0	1 0	0 1	
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)	9 8 1		0 0 0 0		電話番号 (左詰めハイフン除く)	0 2 2 x x x x x x x x	
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 ハナコ											
生年月日	1	4 1	1 1	0 1								

郵便番号 (ハイフン除く)	〇 〇 〇 〇				電話番号 (左詰めハイフン除く)	〇 〇 〇 〇 〇 〇						
住所	新 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											
宛名	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											

氏名	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											
電話番号 (左詰めハイフン除く)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											
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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											
----	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者の記号・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。)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											

【マイナンバー記載欄】
記号・番号を記入いただければ、
マイナンバーの記入は不要です。
※本人確認書類等も不要です。

※枝番記載不要

記号	1010101	番号	1	枝番	01
氏名	キョウカイ ハナコ				
生年月日	昭和41年11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				

- 資格情報のお知らせに記載された**記号・番号** (被保険者と同じ数字です。)
- 被保険者情報欄に**被保険者の情報**
- 認定対象者欄に**被扶養者の情報**

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。

被保険者の代わりに申請する場合
ご記入ください。

【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。
※資格取得月の場合は、資格取得
日から有効になります。

一部の方は**高齢受給者証**が限度額適用認定証の代わりになります！

以下①～③の項目を全て満たしている方は、ご申請いただく必要はありません。

- ① 70歳以上75歳未満
- ② 「被保険者の住民税」が課税の方
- ③ 高齢受給者証の負担割合が2割の方 **又は** 「被保険者の標準報酬月額」が83万以上

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
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

健康保険 限度額適用認定 申請書

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。

記号・番号	氏名	氏名	郵便番号	電話番号	住所
1 0 1 0 1 0 1	キョウカイ タロウ	協会 太郎	9 8 1 〇 〇 〇 〇	0 2 2 × × × × × × × × ×	宮城 県 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	協会 太郎	氏名 (カタカナ)	氏名 (カタカナ)	氏名 (カタカナ)
生年月日	1 4 0	1 0	1 0 1	生年月日	生年月日

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	協会 太郎
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日	資格取得年月日
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日	保険者番号
保険者番号	01040013	保険者名称
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部	

※枝番記載不要

被保険者情報欄・認定対象者欄にご記入いただく情報は、**被保険者ご本人（協会太郎）の情報**です。

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。

被保険者の代わりに申請する場合ご記入ください。

【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。
※資格取得月の場合は、資格取得日から有効になります。

【マイナンバー記載欄】

記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要です。**
※本人確認書類等も不要です。

（注）窓口交付は行っておりません。普通郵便にて送付いたします。

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）

<宮城支部HP>

