

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。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。



療養を受ける方が

「**家族(被扶養者)**と記載された
保険証を使用されている方」
の場合

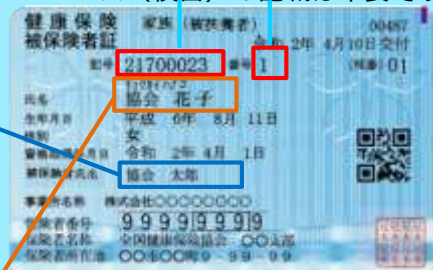
健康保険 限度額適用認定 申請書 (限)

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ざいます。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)	217000231	番号(右づめ)	2	01	05	10
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	山梨 県 甲府市 〇〇町 1-1					
氏名 (カタカナ)	キョウカイ ハナコ					
生年月日	2 06 08 11					
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	〒 市 町 丁目 番 号					
宛名	氏名					
氏名						
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						
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。)						
社会保険労務士の提出 マイナンバー記載欄						
【マイナンバー記載欄】 被保険者証の記号・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。						

全国健康保険協会 協会けんぽ

※(枝番)の記載は不要です



- 記号番号の欄に
保険証に記載された記号番号
- 被保険者情報欄に
被保険者(協会太郎)の情報
- 認定対象者欄に
被扶養者(協会花子)の情報
上記のとおり記入ください。

ご自宅以外の送付先への発送を
希望する場合のみ、記入ください。

被保険者の代わりに申請する場合
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(資格を取得した月の
場合は、資格取得日)から**1年間**です。



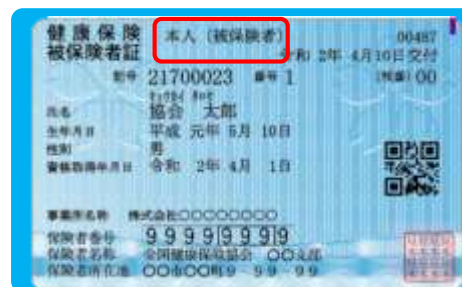
一部の方は**高齢受給者証**が限度額適用認定証の代わりになります！

以下①～③の項目を全て満たしている方は、認定証が発行されないため、ご申請いただく必要ございません。

- 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

申請書を記入するには、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。



療養を受ける方が

「**本人(被保険者)**と記載された
保険証を使用されている方」
の場合

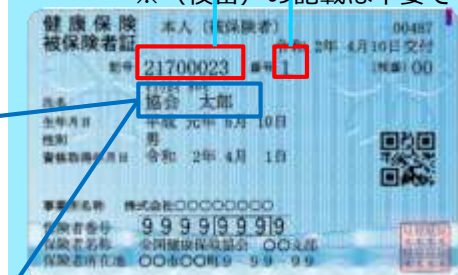
健康保険 限度額適用認定 申請書 (限)

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。

被保険者証 記号(左3桁)	21700023	番号(左3桁)	1	生年月日	2	01	05	10
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3桁ハイフン除く)	022xxxxxxx			
住所	山梨 甲府市 〇〇町 1-1							
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ							
生年月日	2 01 05 10							
郵便番号 (ハイフン除く)				電話番号 (左3桁ハイフン除く)				
住所								
病名								
氏名				被保険者 との関係				
電話番号 (左3桁ハイフン除く)				申請代行 の理由				
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 提出代行番号記入欄								

【マイナンバー記載欄】
被保険者証の記号・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)の記載は不要です



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、記入ください。

被保険者の代わりに申請する場合
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(資格を取得した月の
場合は、資格取得日)から**1年間**です。