健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満の上位所得者・一般所得者用

被保険者（申請者）記入用

・マイナ保険証を利用されている方※（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行できません。
※「限度額情報を提供する」に同意することで、高額療養費制度に基づき限度額を超える支払いが不要となります。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者情報

被保険者等記号・番号（右づめ）	記号　　番号	記号番号が不明な場合に限り、マイナンバーを記入。
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	（　　）	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	氏名	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日
療養予定期間	令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	

希望送付先

送付先は 原則 事業所になります。事業所以外の住所に送付を希望する場合は下記にご記入ください。
（ □ 上記被保険者情報に記入した住所に送付を希望します。）

住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	（　　）
宛名	

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。
事業所の方が申請代行する場合は、氏名欄に「事業所名＋フルネーム」をご記入ください。

申請代行者の氏名		被保険者との関係	□事務担当者　□その他（　　）
電話番号（日中の連絡先）	（　　）	申請代行の理由	□被保険者本人が入院中で外出できないため　□その他（　　）

マイナンバーを記入して申請する場合は下記もご記入ください。　□法定代理人※戸籍謄本　□任意代理人※委任状　添付が必要

住所	（〒　　－　　）	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日

社会保険労務士記載欄	

常務理事	事務長	係	係

受付印

日本金属健康保険組合