

# 【記入例】限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	1	記号	番号	生年月日
	被保険者の	999	999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年○○月○○日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	事業所名 株式会社○○○
	住所	(〒○○○-○○○)	○○市○○区○○町○-○-○	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○(○○○)○○○○			
<input checked="" type="checkbox"/> 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	2	療養を受ける方	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年○○月○○日 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	令和 ○○年○○月	～	令和 ○○年○○月	※原則受付した月の1日から1年間有効です。			

上記以外の希望送付先	※上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他						
	3	住所	(〒○○○-○○○)	△△市△△区△△町○-○-○			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○(○○○)○○○○					
宛名	株式会社○○○						

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。							
	4	氏名	被保険者との関係				<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	申請代行の理由				( )	

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

上記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

被保険者のマイナンバー記載欄	□□□□□□□□□□
・被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です	
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です	

受付日付印
-------

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
-------------------

1

●記号・番号は資格情報のお知らせまたは資格確認書に記載されています。

2

●被保険者本人の療養による申請の場合は、「療養予定期間」欄のみ記入してください。

●被扶養者の療養による申請の場合は、「氏名」「続柄」「生年月日」および「療養予定期間」欄を記入してください。

3

●事業所での受け取りを希望される場合や、入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに、その送付先を記入してください。なお、記入の不備等により書類をお返しする場合もこの送付先になりますので、十分注意してください。

4

●被保険者または療養を受ける方以外の方が申請する場合に記入してください。なお、申請を代行された場合でも、認定証は上の欄に記入された送付先にお送りしますので、十分注意してください。

※被保険者が低所得者に該当する場合は「限度額適用認定申請書」では申請できません。「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。

※限度額適用認定証の有効期限は、申請書を受け付けた日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は資格取得日)から最長で1年間の範囲となります。

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕をもって提出してください。