低所得者以外の者の申請用

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	番号

被保険者	氏名		事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		所在地	

認定証交付対象者 （被保険者の場合は記入の必要はありません。）	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	性別	男・女

被保険者の住所		〒　　—
上記の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住所	〒　　—
	宛名	電話　　（　　）
交付必要期間 ※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。		年　　月　～　　年　　月

※	申請代行者	氏名		被保険者との関係	
	申請代行者の住所		〒　　—		
	申請代行の理由	氏名	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他（　　）		

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。
※申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付する場合にご記入ください。

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　日提出

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

【健康保険組合処理欄】

決裁				
常務理事	事務長	次長	課長	担当者

受付年月日

処理結果	
発効年月日	令和　　年　　月　　日
有効期限	令和　　年　　月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ