

限度額適用認定証交付申請書 記入例

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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。
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。

令和〇年〇月〇日

被保険者情報	記号	番号	70歳未満の上位所得者・一般所得者用
	9 8 7	6 5 4 3 2 1	
氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	〒110-0000 東京都墨田区〇〇		
電話番号	TEL. 090 (1234) 〇〇〇〇 1-2-3 □□マンション×××号		

療養を受ける方	氏名	生年月日
健保 花子	〇〇 〇 〇	
療養予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

希望送付先	住所	電話番号	宛名
〇	〒 ()	TEL. ()	

申請代行者情報	申請代行者の氏名	住所	電話番号	生年月日
	()	()	()	〇〇 〇 〇

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

交付日付印

マイナンバーカードの利用

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、認定証がなくても限度額を適用することができます。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- 家族（被扶養者）の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 療養を受ける方（認定証を使用される方）の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。記載が無い場合は、受付月の1日から有効となります。（最大1年間の有効期限を設定し交付します。）
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- ②の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

この申請書の対象とならない方

70歳以上

70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

被保険者が非課税

標準報酬月額が53万円未満で、被保険者が市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」（別様式）をご提出ください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。