

交付 伺	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者

(健保組合使用欄)

## 健康保険 限度額適用認定申請書

70歳未満 | 一般・上位所得者用

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	事業所名				認定証 希望送付先 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> 自宅	
	住所	〒	—	都・道 府・県	(自宅への送付を希望される場合はご記入下さい。)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、事業所名などをご記入ください。

認 定 対 象 者	対象者氏名	(フリガナ)	続柄(注1)				
	認定証を 使用される方			令和 年 月 日から			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	認定証の 発効年月日 (療養予定) (注2)	

注1: 子の場合、長男・長女・二男等、詳しくご記入ください。

注2: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(当健康保険組合では1年間の有効期限を設定し交付します。)

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険組合処理欄

被保険者の所得区分	ア. 83万円以上( 千円)	イ・Ⅱ. 53万～79万円( 千円)
	ウ・Ⅰ. 28万～50万円( 千円)	エ. 26万円以下( 千円)

受付日付印