

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	54	番号	123	生年月日	昭・平・令 ××年 ××月 ××日
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ			自宅へ直接送付を希望される方は、「自宅」にシ印をつけてください。 また、下記の住所欄の記載も必要となります。	
	事業所名	〇〇〇信用保証協会			認定証 希望送付先 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅
	住所 (自宅への送付を希望される場合はご記入下さい。)	健康保険組合に登録されている被保険者住所となりますのでご注意ください。			都・道 府・県	

【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 認定証を 使用される方	(フリガナ) ケンポ ハナコ	続柄(注1)	妻
	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)	令和 ×年 ×月 1 日から (注意) 受付月の1日となります。

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. 1. 28万～50万円(千円)	エ. 26万円以下(千円)

受付日付印