健康保険 限度額適用認定 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

健保記入欄	標準報酬月額	所得区分（70歳未満）		常務理事	事務長	担当者
	千円	ア	83万円以上			
		イ	53万円以上79万円			
		ウ	28万円以上50万円			
		エ	26万円以下			

被保険者情報			
被保険者証の（右づめ）	記号　　番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和	
氏名	（フリガナ）	店番　店名	
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

認定対象者欄			
療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 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日から翌8月31日まで有効となります。	

希望送付先				
希望送付先		いづれかに○を記入ください	勤務先 ・ 自宅 ・ その他	
その他のところに送付希望する場合の送付先	住所	〒　　ー	電話　（　　）	
	宛名		続柄	

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

（R2.12）

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入ください。
（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。）

備考欄	

平和堂健康保険組合