

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

健康 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
			ア	83万円以上			
			イ	53万円以上79万円			
			ウ	28万円以上50万円			
	千円		エ	26万円以下			

※認定対象者はマイナンバーカードを持っていますか？

☐ 持っていない ☐ 持っている → 限度額適用認定書の申請は不要。
マイナ保険証をご利用ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号	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	(〒)		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	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	被保険者の場合は記入の必要はありません			
	療養予定期間			

希 望 送 付 先	希望送付先	いずれかに○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	〒 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 (R7.1)

被保険者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

受付日付印