

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

記入例

マイナ

マイナ保険証の方は、この手続きは不要です
マイナ保険証の方は、受診の際、医療機関のカードリー
ダー設問で、「限度額適用認定証情報の提供」に同意するを
選択すると、精算時に限度額を超える支払が免除されます。

限度額を適用することができます。
ださい。

以下のとおり健康保険

令和 9 年 6 月 7 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 3 5 7	2 4 6	
	氏名	(フリガナ) オオイ ヤスオ	生年月日	☒ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 3 5 6 6 ☐ 令和
	住所	(〒 143 - ×××××) 東京 大田区 3丁目2 ▲マンション1020号室		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 9 0 (4 5 6 7) × × × ×		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	大井 町子	生年月日	☒ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 3 8 5 1 0 ☐ 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	令和 年 月 ~ 令和 年 月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から 1年間有効となります。		

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
	宛名			

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。			
	申請代行者の 氏名	被保険者との関係	☐ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です ☐ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です	
	住所	(〒 -) 都 道 府 県	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。	

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄