

- ・申請月(健保受付日の属する月)の初日から適用となります。月末付近での申請時にはご注意ください。
- ・被保険者(本人)の市区町村民税非課税の場合は、「限度額適用・標準負担額減額申請書」をご提出ください。

記入例

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

※ 申請月(健保受付日の属する月)の初日から適用となります。月末付近での申請時にはご注意ください。

(注) 消える筆記用具(鉛筆やフリクションペン等)では記入しないでください。	被保険者等 記号-番号	1 3 2 4 -●●▽9	社員No.	2800▽▲	<small>記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。</small>	
	フリガナ	ケンボ イチロウ		生年月日	昭和 平成 令和 1年 5月 1日	
	氏名	健保 一郎				
住所	(〒 604 - 8153) 京都府京都市中京区筈町6□□番地 ○▲○マンション○○号室 ☎ 075 (000) 0000 携帯 090 (****) 1234					
認定対象者	療養を受ける方	フリガナ	ケンボ ヨシコ		療養終了予定年月日が定まっていない場合は、空欄でも構いません。	
	被保険者の場合、	氏名	健保 良子			
		被保険者との続柄	配偶者			
(療養予定期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
交通事故など第三者行為による入院ですか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所以外に送付を希望する場合は、ここに記入してください。					
	住所	(〒600 - 0000) 京都府京都市下京区○○通△△□□町1				相手方がいる交通事故や第三者からの暴力行為による負傷が原因での入院等になります。
	宛名	健康総合病院 入院受付 E-1005 健保良子宛 ☎ (日中の連絡先)				
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	⑤	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※ 戸籍謄本の添付が必要 <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※ 委任状の添付が必要		
	住所	〒 -	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
電話番号(日中の連絡先)	- -					

※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。

健保決裁欄	常務理事	事務長	係員	係員

処理結果		
証交付日	年	月 日
発効年月日	年	月 日
有効期限	年	月 末日
適用区分	月額	

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

※ 記入例を参考にご記入ください。

※ 申請月(健保受付日の属する月)の初日から適用となります。月末付近での申請時にはご注意ください。

(注) 消える筆記用具(鉛筆やフリクションペン等)では記入しないでください。

被保険者情報	被保険者等 記号 - 番号	1324 -	社員No.		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。					
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	氏名	(〒 -)	住所	☎ ()	携帯	()				
認定対象者	療養を受ける方	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日			
	(被保険者の場合、 記入不要)	被保険者との続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女						
	療養予定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	交通事故など第三者行為による入院ですか?	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ								
希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所以外に送付を希望する場合にご記入ください。									
	住所	(〒 -)								
	宛名	☎ (日中の連絡先) ()								
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	<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要 <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要							
	住所	〒 -	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	電話番号 (日中の連絡先)	- -								

※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。

マイナンバーカードに対応した医療機関では、限度額適応認定書が無くても限度額を適用することができます。

便利なマンナンバーカードをご利用ください。