健保記入欄					
交付日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	担当	
発効年月日	令和　年　月　日				
有効期限	令和　年　月　日				
所得区分	ア（830以上）・イ（530-790）・ウ（280-500）・エ（260以下）				千円

健保記入欄のため、記入不要

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

被保険者情報				
被保険者証の	記号	番号（06273718ではありません）	生年月日	
	1	1234567	☑昭和 ☐平成 47 年 4 月 24 日	
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		事業所名 〇〇製作所	人管CD ✕✕
住所 電話番号（日中の連絡先）	（〒 550 － 0003 大阪市西区京町堀〇ー〇 TEL 06 （ 6447 ）〇〇〇〇			

申請内容

＜以下に該当する場合は、健康保険限度額適用認定証は不要＞
・認定証を必要とされる方が70歳以上で、2割負担の保険証をお持ちの場合、健康保険証（高齢受給者証）の提示のみで認定証を使用した時と同様の取り扱いにとなりますので、認定証は必要ありません。

被保険者でない場合は、こちらにご記入ください。

申請理由	1.新規　2.期間延長　＊3.再交付【紛	
認定証が必要な方	☑本人（被保険者）　☐家族（被扶養者）　合は、それぞれ申請用紙が必要です。	
家族の場合はその方の氏名	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日	
国や市町村の医療費助成を受けられていますか	☐はい ◆はいの場合、助成内容をご記入ください。 助成の種類（乳幼児医療、障害者医療、難病など）・・・（ いつから助成を受けていますか　年　月～	☑いいえ
今回の申請は仕事中、通勤途中、相手のいる事故（第三者行為）ですか	☐はい **◆はいの場合、健保組合への連絡が必要です** 1.健保組合又は事業所へ連絡済・・・（連絡日：　）・2.未連絡	☑いいえ
療養予定期間	令和 4 年 〇 月 ～ 令和 4 年 ▲ 月	記載が 1日 なり

該当する場合は、はいに☑をして必要事項をご記

緊急やむを得ない場合に
のみ、こちらの欄にご記
入ください。

＊紛失の場合は滅失届も提出してください。

申請代行者・希望送付先欄

原則、事業所経由での送付（任継者除く）となりますが、緊急等やむを得ない事情がある場合はこちらにご記入下さい。

申請代行者氏名	被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。	被保険者との関係	
受取人名	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。	申請代行の理由	☐被保険者本人が入院中で外出できないため ☐その他 （　）
住所 電話番号（日中の連絡先）	（〒　－　） TEL　（　）		

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 4 年 〇 月 〇 日

受付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄