

交付年月日	令 年 月 日	有効期限	令 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ		

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

以下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

申請者情報	記号	番号	マイナンバー			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成
				<input type="checkbox"/> 令和		
住所	(〒 -)	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
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	

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	<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です
	住所	(〒 -)	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

※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。

※ひと月あたりの自己負担限度額

標準報酬月額	月単位の上限額	[多数回該当の場合]	所得区分
83万円以上	252,600円 + (医療費-842,000円) × 1%	140,100円	ア
53万円~83万円未満	167,400円 + (医療費-558,000円) × 1%	93,000円	イ
28万円~53万円未満	80,100円 + (医療費-267,000円) × 1%	44,400円	ウ
28万円未満	57,600円	44,400円	エ

受付日付印