健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者記入用 限

記入方法等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の（左づめ）	3 4 0 1 0 7 0 1		■昭和 □平成 □令和 3 5 0 3 1 8

氏名・印	（フリガナ）サトウ　ユタカ 氏名（被保険者）は自署してください。 印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒 305 － 0031 ） 茨城 都道府県 つくば市吾妻3-8-3	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090 （ 1559 ） 1679	パレ・ドール吾妻４０２

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がありません。）	氏名 佐藤　豊	生年月日	■昭和 □平成 □令和 35 年 03 月 18 日
療養予定期間（申請期間）	令和 02 年 08 月 ～ 令和 03 年 07 月		申請月の初日から最長で1年間となります。

送付希望先

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

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名・印	印	被保険者との関係	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	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 （ ）

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 ▶

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　印

様式番号　2 3 0 1 1 7

協会使用欄　1

(2019.5)

受付日付印

全国健康保険協会
協会けんぽ