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（申請者）記入用

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無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

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 □□□□　番号 □□□□□□□	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	□□□□ □□□□ □□□□
氏名	（フリガナ） ㊞ 被保険者本人が署名した場合、押印は不要です。	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日 □□□□□□
住所	（〒　－　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

□ 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（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	□昭和 □平成 □令和　年　月　日 □□□□□□
療養予定期間	令和　年　月　～		3ヶ月間・6ヶ月間 の交付希望

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 □平成 □令和　年　月　日 □□□□□□
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。

常務理事		担当	
標準報酬月額	万円	適用区分	ア・イ・ウ・エ

受付日付印

サノヤス健康保険組合