健康保険　限度額適用認定　申請書

71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（申請者）情報			
被保険者等の（右づめ）	記号 1250	番号 000001	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 60年08月02日
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		
住　所	（〒 350 － 0001 ） 埼玉 都道府県 川越市〇〇１－１－１		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090 （ 0001 ） 0001		
☑本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）			

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	健保　花子	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 59年05月10日
交付必要期間	令和 1 年 5 月 ～ 令和 1 年 5 月		

希望送付方法			
☑人事経由受取　□自宅郵送（書留）　□自宅郵送（普通郵便）　□下記住所に送付を希望			
住　所	（〒　－　） 都道府県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （　）		
宛　名		被保険者との関係	

申請代行者欄			
「申請代行者欄」は、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。			
氏名		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 （　）

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 1 年 5 月 15 日

常務理事	事務長	係長	担当者

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。

受付日付印
人事経由　本人直送

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

埼玉しんきん健康保険組合