

常務理事	事務長			担当者	※健康 保険 欄	受付日	令和	年	月	日	※適用区分
						交付日	令和	年	月	日	
						有効期間	令和	年	月	日	
							令和	年	月	日	

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の上位・一般
所得者・70歳以上の
現役並Ⅰ・Ⅱの方用

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。(記入例をご参照ください)

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)						
	氏名	(フリガナ)					
	住民票住所	(〒	—	)	都	道	府
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	氏名	生年月日	□昭和	年	月	日
	被保険者の場合は記入の必要はありません			□平成			
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								
※希望送付先が被保険者もしくは認定対象者と異なる場合は、希望送付先宛名人ご了承のうえご記入ください。								

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	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	申請代行の理由	□ その他 ()	

- ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。
- マイナンバーは所属事務所を經由しダスキン健康保険組合へ届出いただきます。未届のかたは所属事業所へ届出ください。
- 本申請書は、ダスキン健康保険組合へご送付ください。

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 年 月 日

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印