

記入例

事務長

担当者

※健康保険

受付日

令和

年

月

日

※適用区分

交付日

令和

年

月

日

被保険者（本人）が申請する場合

赤枠内は必ずご記入ください。

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

被保険者等の（右づめ）

000

番号

000

生年月日

☒昭和

☐平成

☐令和

500915

氏名

(フリガナ)

ケンボ タロウ

健保 太郎

住民票住所

(〒 000 - 0000)

大阪府

〇〇〇〇市〇〇〇-〇

電話番号（日中の連絡先）

TEL 00 (0000) 0000

☐ 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

健保 花子

生年月日

☒昭和

☐平成

☐令和

52 年 10 月 30 日

療養予定期間

令和 6 年 4 月 ~ 令和 6 年 9 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

(〒 000-0000)

兵庫府

〇〇市〇〇-〇〇-〇

電話番号（日中の連絡先）

TEL 00 (0000) 0000

宛名

〇〇総合病院 西館507号室 健保花子

受取人氏名までご記入ください。

※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。

70歳以上のかた

- 標準報酬月額26万円以下の方と83万円以上の方は「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなりますので、本申請は必要ありません。
- 標準報酬月額が月額28万円から79万円の方で医療機関窓口での支払いを自己負担限度額までにしたいときは、本申請が必要となります。

住民税非課税のかたは、【H17】限度額適用・標準負担限度額認定申請書様式で申請してください。

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経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務所へお問い合わせください。

・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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

申請書送付先
ダスキン健康保険組合
〒564-0051
大阪府吹田市豊津町9-1
EDGE江坂10階

記入例	事務長		担当者	※健康保険	受付日	令和	年	月	日	※適用区分
					交付日	令和	年	月	日	

代理の方が申請する場合

赤枠内は必ずご記入ください。

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)	000	000	☒ 昭和	5	0	0	9	1	5
				☐ 平成						
				☐ 令和						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎								
住民票住所	(〒 000 - 0000) 大阪府 〇〇〇〇市〇〇〇-〇									
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 00 (0000) 0000									
□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 6 年 4 月 ~ 令和 6 年 9 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	健保 花子				被保険者との関係	妻
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 00 (0000) 0000				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 ()

・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けます。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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

申請書送付先
ダスキン健康保険組合
〒564-0051
大阪府吹田市豊津町9-1
EDGE江坂10階

ダスキン健康保険組合

2024/12/2