申請書は、必ずダウンロードしてからご使用ください。ブラウザ上で直接入力すると、文字化けする場合があります。

常務理事	事務長		担当

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

	記号	番号		
被保険者等記号・番号				
氏名	（フリガナ）		生年月日	年　月　日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和
住所	（〒　－　）			
電話番号（日中の連絡先）	TEL　－　－			

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	年　月　日 □ 1 昭和 2 平成 3 令和
療養予定期間	令和　年　月　～　令和　年　月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	

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	（〒　－　）
宛名	

受付日付印

イトーキ健康保険組合

記入例

常務理事	事務長		担当

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 8 年 4 月 15 日

被保険者情報

	記号	番号		
被保険者等記号・番号	11	1234		
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	2（1 昭和 2 平成 3 令和）　年 10　月 11　日 22
住所	（〒 012 － 3456 ） ●●市●●町●●●●1－1－1			
電話番号（日中の連絡先）	TEL *** － **** － ****			

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　一郎	生年月日	3（1 昭和 2 平成 3 令和）　年 3　月 4　日 5
療養予定期間	令和 8 年 5 月 ～ 令和 8 年 6 月		記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	

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	（〒　　－　　）
宛名	

受付日付印

イトーキ健康保険組合