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

資格確認書が発行されている方のみ発行します。マイナ保険証をお持ちの方には、当該認定証は発行しません。ただし、マイナ保険証に対応していない医療機関を受診する場合を除きます。便利なマイナ保険証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）	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☑）

所属事業所経由にてお送りします。ただし、上記被保険者情報欄の住所へ送付を希望する場合はその旨ご連絡ください。

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　～　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

所属事業所又は上記被保険者情報欄の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	事務長	担当者

受付日付印

千葉県日産自動車健康保険組合