健康保険 限度額適用認定 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超える支払いが免除されます。便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者（申請者）情報

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください
氏名（自署）	（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		

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

タムラS/S　□東京事業所　□坂戸事業所　□狭山事業所　□入間事業所　□児玉工場　□若柳タムラ　□会津タムラ

□上記被保険者情報に記入した住所に送付　※それ以外に送付を希望する場合は下記↓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（自署）		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（　　）

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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

（R6.12）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

タムラ製作所健康保険組合