

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号		会社名	所 属	
	証の 番号		事業所	氏名No.	
	適 用 対 象 者	氏 名			被保険者 との続柄
		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和		
		療養予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日 ※記載がない場合は、受付した月の初日から半年間有効となります		
		交通事故など第三者行為による受診ですか？ 「はい」の場合は、事前に健康保険組合までご連絡ください			はい ・ いいえ
	送 付 先	原則、事業所（社内便）へ送付します 事業所以外への送付を希望される場合は、以下に記入してください <input type="checkbox"/> 被保険者の住所 <input type="checkbox"/> 被保険者の住所と異なる住所（〇〇様方など詳しく記入してください） 〒 住所 _____			
	* 被保険者が住民税非課税の対象になる場合は、下記の証明書の添付が必要です 住民税非課税証明書 8月1日から12月31日入院の場合：その年の証明書（証明内容は前年分） 1月1日から7月31日入院の場合：前年の証明書（証明内容は前々年分）				
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住所 _____ 氏 名（戸籍名） _____ 電話番号（日中の連絡先） _____				

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

健 保 組 合 処 理 欄	認定証発行年月日	令和 年 月 日		
	有効期限	令和 年 月 日		
	常務理事	事務長	係	健保組合受付印