

健康保険限度額適用認定申請書

※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。**

■ ■ ■
本申請書は、必要期間の初日が属する月の2ヶ月前から受付可能です。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号		記入日
	氏名	(フリガナ)		生年月日	令和 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 - TEL ()			
適用対象者	療養を受ける方についてご記入ください。対象者が被保険者の場合は記入不要です。				
	氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
認定証 必要期間		必ずご記入ください。必要期間の初日が属する月の1日から最長6ヶ月まで発行可能です。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
提示する医療機関名等		※申請代行で不明の場合、記入不要			
マイナ保険証利用登録		済 ・ 未済		※申請代行で不明の場合、記入不要	
		登録がまだの方は手続きをお願いします。登録済の方はマイナ保険証をご利用ください。(保険証新規発行は R6.12.2 に廃止されました。)			
送付先	限度額適用認定証の送付先は、任意継続被保険者を除き、原則「事業所健保窓口経由→所属部署宛」となります。真に至急を要する場合は、健保組合から直送する先として、次の送付希望先(どちらか一方)をご記入ください。				
	送付希望先(どちらかに○)	住所宛	住所	会社に届出の本人住所宛に限ります(病院宛送付、直接手交等は不可)。 〒 -	
		会社宛	ビル名 社名 部署名 宛名	TB の託送便取扱可能先に限ります。託送便送付ルールに従って宛先をご記入ください。 ()ビル 社名: 所属: 部・支店 様宛	
申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合のみご記入ください。				
	氏名		被保険者との関係	☐ 総務(人事)担当者 ☐ 家族() ☐ その他()	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由	☐ 被保険者が入院中であるため ☐ その他()	
添付書類		被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は、非課税証明書を添付してください。			

(健保使用欄)

常務理事	事務長	担当者	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	受付日	処理日
			発効年月日	年 月 日		
			有効期限	年 月 日		