

※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。**

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	記入日	
		〇〇	〇〇〇〇〇〇		令和 △△年△△月△△日
	氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ		生年月日	昭和 平成 △△年△△月△△日 令和
		健保 太郎			
住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 □□□□□□□□□□ TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

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 平成 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 病院、薬局等 ※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。)
------------	--	---

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 先	送付希望先(どちらかに○)	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 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。 社 名 (本)ビル 部署名 社名: □□□□□ 宛 名 所属: △△△△△△ △ 部 支店	総務担当者 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	健康 保子	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 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	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		
発効年月日	年	月	日
有 効 期 限	年	月	日

受付日	処理日