

マイナ保険証を利用中の方には、本証の交付はできません。

		課長	係長	係員

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者	記号・番号	—	事業所名	
	被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被保険者住所・連絡先	〒 —	TEL ()	—
適用対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません。)	適用対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者との続柄			
	適用対象者住所・連絡先	〒 —	TEL ()	—
申請代行者 (被保険者・適用対象者以外の方が申請する場合に記入してください。)	申請代行者氏名		被保険者との関係	
	申請代行者住所・連絡先	〒 —	TEL ()	—
	申請代行の理由 1、被保険者本人が入院中で外出できないため。 2、その他 ()			
療養予定期間 (※1)		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
希望郵送先 (希望郵送先へ○を付してください)		事業所 被保険者 適用対象者 申請代行者 (※2)		
令和 年 月 日 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。				

- (※1) 限度額適用認定証が適用されるのは、申請を受付けた月の1日から直近の8月31日までとなります。
有効期限後引き続き高額な診療を受けられる場合は、改めて交付の申請をしてください。
- (※2) 申請代行者が被扶養者もしくは事業主以外で、申請代行者の住所に送付希望の場合は、被保険者との続柄を証明する書類(写し)等を添付してください。(戸籍謄本の写し等)

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄					
健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日			受付印
	発効年月日	令和 年 月 日			
	有効期限	令和 年 月 日			
	標準報酬月額	千円			
	適用区分	ア・イ・ウ・エ			
	70歳以上適用区分	現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ			

◎有効期限後、資格を喪失した場合はマイナ保険証の利用登録をした場合はすみやかに返却してください。