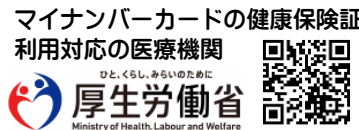


受付年月日	令 年 月 日
交付年月日	令 年 月 日
発効年月日	令 年 月 日
有効期限①	令 年 月 日
有効期限②	令 年 月 日

決 裁				事業所	
常務理事	事務長	係	係		

### マイナ保険証を利用すれば、この申請書手続きは不要です

マイナ資格確認を導入している医療機関の窓口で、マイナ保険証(健康保険証利用登録を行ったマイナカード)を提出し、限度額適用認定証情報の提供に同意すると高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。  
詳しくは厚生労働省ホームページにてご確認ください。



## 健康保険限度額適用認定申請書

下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

※申請者は 枠欄 を全て記入してください

被保険者証の記号・番号 (左詰めで記入)	記号	番号	申請日	令和 年 月 日
被保険者	氏名 (自署)	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	事業所	(任意継続者は記入不要)		
	住所	〒 電話		
認定対象者 (認定証使用者)	氏名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生 ・男 ・女		
	申請理由	・病気 ・ケガ による ・入院 ・通院 (ケガの場合は下欄※1 に記入)		
(※1) ケガで療養する時の状況	・私的なケガ ・第三者行為(交通事故・傷害事件) ・通勤/通学中 ・就労/修学中 の負傷 負傷時の状況(いつ、どこで、どのような負傷をしたのかについて記載ください)			
医療機関の名称	電話			
医療機関の所在地	都・道・府・県		市・区・町・村	
認定証の必要な期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで			
「健康保険限度額適用認定証」を 事業所経由で受領する		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (下欄※2 に記入)		
(※2) 勤務先以外の 郵送先	住所	〒 電話	・自宅 ・その他 ( )	
	宛名			

※被保険者以外の代理人が申請する場合には必ず記入ください

申請代行者	氏名 (自署)	電話
	被保険者との関係	・事業主の健保担当者 ・家族 ・その他 ( )
	代理理由	・被保険者本人が入院中 ・その他 ( )