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	

資格情報のお知らせ
令和６年８月３１日発行
東洋製罐健康保険組合
保険者番号：
記号 XXXX　番号 XXXXXXX（枝番）00
氏　名　東罐　一郎
見本
受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

マイナ保険証を利用すれば、この申請書手続きは不要

ｵﾝﾗｲﾝ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ﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ）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ﾍﾟｰｼﾞにてご確認ください。

マイナンバーカードの健康保険証利用対応の医療機関
厚生労働省

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

記入見本
・赤字　のように記載ください

被保険者の記号・番号（左詰めで記入）	記号	××××　番号	×××××	申請日	令和 YY 年 MM 月 DD 日	
被保険者	氏名（自署）	東罐　一郎		生年月日	昭・平・令　YY 年 MM 月 DD 日	
	事業所	東洋●●●（株）　●●工場　（勤務先を記入）			（任意継続者は記入不要）	
	住所	〒100-1234 東京都品川区南五反田　１０－１１－１２ 電話　０３－１２３４－５６７８				
認定対象者（認定証使用者）	氏名	東罐　花子		被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭・平・令　YY 年　MM 月　DD 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） 3/14、自宅の階段を掃除中に足を踏み外して落下、右脚首を骨折した				
医療機関の名称		●都立××病院　電話　03-9876-5432				
医療機関の所在地		東京　都・道・府・県　品川区　市・区・町・村				
認定証の必要な期間		令和　7 年　3 月　14 日から　令和　7 年　4 月末日まで				
「健康保険限度額適用認定証」を 事業所経由で受領する		・はい　・いいえの時 は下欄※2 に記入				
（※2）勤務先以外の郵送先	住所	〒　123-9999　東京都世田谷区●●町１－２－３ ●●ハイツ１００ 電話　03-1234-5678			・自宅 ・その他（実家）	
	宛名	東罐　一郎　（東罐太郎 様方 東罐一郎）				

※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

青字は当欄に該当する場合の記入見本
・宛先住居の表札と異なる名前で送る際は「●●様方」を必ず記載してください

申請代行者	氏名（自署）	代理　太郎 電話　0123-456-7890
	被保険者との関係	・事業主の健保担当者　・家族　・その他（　）
	代行理由	・被保険者本人が入院中　・その他（被保険者が海外出張中のため　）