

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満 | 一般・上位所得者用

常務理事

事務長

課長

調整官

係長

担当者

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 6 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇	生年月日	昭平令 〇 年 〇 月 〇 日	
	氏名・印	(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇				
	住所	〒 〇〇 - 〇〇〇 〇〇 都・道 府・県 〇〇市〇〇 〇〇町〇〇				
				電話番号 (日中の連絡先)	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
	事業所名称	〇〇株式会社				

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認 定 対 象 者	受診者	氏名 〇〇 〇子	続柄 妻	療養予定期間	令和 6 年 〇 月 〇 日から
	認定証を使用される方	生年月日 昭平令 〇 年 〇 月 〇 日		認定証を必要とする期間(注1)	

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

〇 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

事業所へ送付の場合は右の口に「レ」点を記入してください

 送付先 事業所希望

希 望 送 付 先	住所	〒 〇〇 - 〇〇〇 〇〇 都・道 府・県 〇〇市〇〇 〇〇町〇〇	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名	被保険者との関係		

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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。