

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額医療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。

常務理事	事務長	課長	係員

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

認定対象者欄	療養を受ける方 被保険者の場合は記入の必要はありません	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	申請者は、療養対象者ごとにご提出ください。					
	傷病原因 (番号に○)	1. ケガなどの外傷性によるもの(「負傷原因届」の添付が必要です) 2. 1以外によるもの						

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。						
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
宛名	被保険者との関係						

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。						
	氏名・印	被保険者との関係					<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由 ()				

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。 令和 年 月 日

被保険者証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。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印