

被保険者  
被扶養者

健康保険限度額適用認定申請書

健保組合	常務理事	事務長	事務次長	受付印
	事務次長	担当		

「マイナ保険証」(マイナンバーカードに保険証を紐づけしたもの)を利用すれば、事前の手続きなく、限度額を超える支払いが免除されます。便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

①被保険者等 記号・番号	記号			②所属会社名			
	番号						
③被保険者氏名	(フリガナ)		④被保険者生年月日	昭和	年	月	日
				平成			
⑤認定証交付対象者 (被保険者の場合は 記入不要です)	氏名	(フリガナ)		被保険者との続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女
⑥交付必要期間	年 月 ~ 年 月 まで			※市区町村民税が非課税で低所得者に該当する方は、申請月の初日から翌年7月末日となります。			
⑦認定証発行要否	<input type="checkbox"/> 発行要		<注意> マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない場合のみ発行します。 マイナ保険証をお持ちの方は、申請書の提出は不要です。(下記の※1の方を除く) 70歳~74歳の方は、所得区分により必要な方のみ発行します。				
	<input type="checkbox"/> 発行不要		*右記の※1に該当する方で発行不要の場合のみ□してください。 ※1 市区町村民税が非課税で低所得者に該当する方 マイナ保険証をお持ちの方でも申請書の提出が必要です。添付書類:非課税証明書(被保険者および交付対象者分) 発行をご希望の場合、発行要に□ → 「限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付 発行をご希望しない場合、発行不要に□ → 交付なし マイナ保険証をお持ちの方は、当健保での事務処理が完了次第、減額認定の情報が反映されます。				

認定証送付先 (任意継続被保険者の方は記入不要です)	原則、所属会社(事業所)窓口へ送付します。健康保険組合からの直送を希望される場合は以下にご記入ください。 直送の場合は簡易書留で郵送するため切手(460円分)の同封を必ずお願いします。(任意継続被保険者を除く)					
	送付先住所 〒 _____					
	電話番号(日中の連絡先)			TEL	( )	
病院名・病室等					宛名	

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください					
	氏名		被保険者との関係			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )	