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	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

太枠内のみご記入ください

被保険者情報					
被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名		
			所属		
氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	
住所	〒 －				
ご連絡先	電話番号	－ －	携帯番号	－ －	

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がありません。）	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
療養予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				申請月の初日から最長で1年間となります。	

注意　・有効期限が過ぎた「限度額適用認定証」は、所属先の健保窓口を通じ、必ず健保組合にご返却ください。
・任意継続加入者は健保組合事務局に直接ご返却ください。

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	1 （ ） 2 所属先の総務担当者
住所	〒 － 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入ください（総務担当者の場合は記入不要です）。		
ご連絡先	電話番号 － －	内線その他	
申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため 2 その他（ ）		

備考	

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 －
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（ ） 番

社会保険労務士記入欄

受付日付印

【健康保険組合処理欄】

処理結果	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ

2024年3月改定