

# 健康保険限度額適用認定申請書

**マイナ保険証（※）をお持ちの方はこの申請は不要です。**  
 ※健康保険の記号・番号とひもつけたマイナンバーカード。利用登録は病院窓口でも可能です。

健康保険組合			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	

太線枠内をご記入ください。

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない (該当する理由に☑を入れてください) <input type="checkbox"/> 医療機関がオンライン資格確認の導入義務化の例外措置を受けている		
記号	番号 (右づめで記入)	事業所名	○×△(株)
1 2 3 4	5 6 7 8	所属 (または出向先)	○△部 ××グループ
被保険者氏名	健保 太郎	連絡先	職場: ×××-××××-×××× 自宅: ×××-××××-××××
自宅住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ) ○△県××市○○町*-*-*		
適用対象者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄	妻
生年月日	昭(平)令 ○年 ×月 △日		
高額療養費の対象となる入院・通院の見込期間 (健康保険限度額適用認定証の申請期間)	令和 ○年 ×月 △日 から 令和 ○年 ×月 △末日 まで		
医療機関	名称 (住所)	○○病院 ○△県××市◇町*-*-*	
	電話番号	×××-××××-××××	
認定証は事業主経由で送付しますが、健康保険組合届出住所への直接送付を希望する場合は、☑を入れてください。			<input type="checkbox"/> 直接送付を希望します。
※任意継続被保険者の方と、事業主経由の申請を希望しない方は、直接、健康保険組合に郵送してください。認定証は健康保険組合届出住所へお送りします。			
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

## 留意事項

「高額療養費の対象となる入院・通院の見込期間」については医療機関へご確認の上、記入をお願いいたします。

- 認定証の発効年月日は健康保険組合に受付された日の属する月の初日となります。  
**受付日より遡った期間については発行できませんのでご注意ください。**
- 当該医療機関から療養を受ける際には、認定証を提示してください。
- 次の事項に該当した時はすみやかに**健康保険組合まで認定証を返納**してください。
  - 認定証の使用が終了したとき、または有効期限に達したとき。
  - 被保険者が資格を喪失したとき。
  - 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
  - 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
  - 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき。

限度額適用認定証を使用される方の氏名・続柄を記入

※低所得該当(非課税対象者)の方は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」による申請となりますので事業所健保窓口もしくは健康保険組合へご連絡ください。

受付日付印

健康保険の記号・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。  
 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。  
 (注)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	
------------------	--