

常務理事	事務長	担当者

ユニチカ健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等記号番号		-				
被保険者	氏 名			事業所	名 称	
	生年月日	年	月		日	所在地
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄		
	生年月日	年	月	日		
被保険者(適用対象者)の診療日		令和 年 月 日より診療(予定)				
被保険者(適用対象者)の住所		〒 -				
備考欄	被保険者等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。)					

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。



【注意】

☆ 被保険者が低所得者である場合は、本申請書ではなく「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請して下さい。

低所得者とは、住民税非課税でかつ標準報酬月額が50万円以下の方等をいいます。

☆ マイナ保険証を利用した場合、事前の手続き(限度額適用認定証の申請)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。マイナ保険証のご利用をご検討ください。

(ご参考:厚労省HP) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html

【健保処理欄】	有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	証回収日	令和 年 月 日
	適用区分			