

健康保険 限度額適用認定 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度の限度額を超える支払いが免除されます。申請は不要となりますので、**便利なマイナ保険証をぜひ利用ください。**

マイナ保険証が利用できない、利用しないため、以下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。

提出日 令和 6 年 12 月 1 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください					
	被保険者等 記号・番号	1 0	9 9 9 9 9					
	事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	室・課			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	(〒 -)	愛知 都道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地		<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 2	1 0	1 0
電話番号 (日中の連絡先)	自宅	0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1	携帯	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	3 6 年	1 0 月	1 日
	療養予定期間	令和 6 年 1 2 月 ~ 令和 7 年 2 月						
	疾病名	子宮筋腫	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	→外傷性・妊娠・出産以外の方は、 傷病発見の原因記入	<input checked="" type="checkbox"/> 症状に気づき病院受診	<input type="checkbox"/> 人間ドック(レイドック、健康診断含む) → 受診日	年	月	日		

送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 職場 (原則 職場送付。職場で受取できない状況(入院中等)の方は自宅可。また、職場・自宅以外に送付を希望する場合は下欄に送付先を記入)		
	<input type="checkbox"/> 自宅 (〒 -)		
	<input type="checkbox"/> その他	TEL ()	

【健保記入欄】

受付番号	-	申請区分	新規・更新
標準報酬月額	千円	区分	ア・イ・ウ・エ・オ
有効年月日	年 月 1日から 年 月 末日まで	回収日	年 月 日
*「更新」の場合: 先回の有効年月日 [年 月 1日 ~ 年 月 日]			

常務理事	事務長	担当