

健康保険 限度額適用認定 申請書

新規・更新

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。
本申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひ利用ください。

提出日 令和6年3月1日

マイナ保険証が利用できない、利用しないため、下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。
認定証は裏面注意事項を遵守し使用することに同意します。

被保険者 申請者 情報	記号(※)	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証	1 0	9 9 9 9 9	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 2	1 0	1 0
	事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇〇〇 室・課		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	(〒 -) 愛知 都 道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	自宅	0587 (23) 6661	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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	36年 10月 1日
	療養予定期間	令和6年4月 ~ 令和6年6月			記載が無い場合、原則受付した月の1日から3ヶ月間有効となります。	
	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(ゲイストック、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 ()				

【被保険者のマイナンバー記載欄】

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認(免許証等コピー)をするための 添付書類(マイナンバー通知カードのコピー、免許書等のコピー)が必要です。

注:マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

【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
------	-----	----