

# 健康保険限度額適用認定申請書

健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被 保 険 者	被 保 險 者 記号					番号							
	氏 名												
	住 所												
	事 業 所 名												
対 象 者	氏 名							被保険者 との続柄					
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日											
認 定 証 の 使用 を 始 め る 日	令和 年 月 日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">( 入院の場合は入院日 外来の場合は使用を始める日 )</span>												

◎ 限度額適用認定証は有効期限内であれば、入院又は外来のどちらにも使用できます。

※ この申請書を健康保険組合で受付した月の初日から有効となる「限度額適用認定証」が  
交付されます。 (受付した月に資格取得及び扶養認定されたときはその取得日)

被保険者証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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。  
(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。)

備考欄	
-----	--

**マイナ保険証をぜひご利用ください。**

**限度額適用認定証の事前申請は不要となります。**

(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  
を超える支払いが免除されます。)

受付日付印

受 付	年 月 日	常務理事	事務長		係
交 付	年 月 日				