

極秘

限度額証発効年月日	令和 年 月 日	課長	課長代理	係長	主任	係
有効期限	令和 年 月 日					
適用区分						
備考欄		資格取得	令和 年 月 日			
		標準報酬月額	千円			

※組合使用欄

※上の欄には記入しないでください。

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が免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証の利用をご検討ください。

被保険者
家族

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の				被保険者															
	記号	2	3	1	2	番号	1	0	0	0	8	氏名	健康太郎							
												生年月日	昭和	平成	〇	年	〇	月	〇	日
	被保険者の住所及び電話番号		〒 231 - 0000		電話		045		(000)		0000									
	適用対象者		健康花子				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日											
備考欄																				

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記載してください。マイナンバーを記載した場合、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。

《上記以外の住所に送付を希望する場合、下記の欄に記入してください。》

希望する送付先	〒 222 - 0000 横浜市西区〇〇-〇〇
宛名	神奈川一郎

《被保険者以外(社会保険労務士も含む)の方が申請する場合、下記の欄に記入してください。》

代 行 者 の 記 入 欄	申請代行者の氏名	
	申請代行者の住所及び電話番号	〒 - 電話 ()
	申請代行の理由	

- 当組合にて申請書が受付された月の初日から有効となります。
- 希望する送付先がない場合、被保険者住所に送付します。
- 外傷性のケガ(骨折・捻挫等)で受診する場合、必ず「負傷原因届」を添付してください。

受付日付印