極秘

限度額証発効年月日	令和　年　月　日	常務	事務局長	課長	課長代理	係
有効期限	令和　年　月　日					
適用区分						
備考欄		資格取得	平成・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					
被保険者の	記号	番号	被保険者	氏名	
				生年月日	昭和・平成　年　月　日
被保険者の住所及び電話番号	〒　－		電話　（　）		
適用対象者		生年月日	□昭和 □平成 □令和	年　月　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	〒　－
宛名	

《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。

受付日付印

●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。