

※マイナ保険証を利用すればこの申請は不要です

受付

健康保険 限度額適用認定申請書

提出日を記入

令和7年1月6日 提出

被保険者が記入する欄	被保険者	記号 9 9 9 9 9 9 9 9 9	番号	事業所名 ABCD株式会社 (所属) 総務課 (日中の連絡先) 8-99-XXXX
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和・平成 会社名と日中の連絡先
	被保険者住所	〒 559 -XXXX 大阪市住之江区〇〇〇1-2-3	電話	06 - (〇〇〇〇) -XXXX
	適用対象者氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄 妻	生年月日 昭和・平成・令和 2年 2月 20日
	入院(予定)日	令和 7年 1月 15日頃	から	令和 7年 1月 17日頃まで
	通院(予定)日	令和	通院は「医療費が高額」になるときのみに記入	月 日頃まで
	希望送付先	〒 - 自宅へ送付してください (病院等に送付希望の場合は、事前に受取先確認をお願いします) 連絡のとれる電話番号 090-XXXX-〇〇〇〇		

上記のとおり「健康保険限度額適用認定証」の交付を申請します。

[注意事項]

1. 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ので、この申請は不要です。
2. 適用対象者が被保険者の場合は「本人」と記入ください。被扶養者の場合は、氏名、続柄等の記載事項を記入ください。
3. 入院・通院開始予定日ならびに予定期間は医師に確認のうえ、必ず記入ください。
4. 発行する認定証の有効期間は、原則として申請した月の初日から最長6か月間です。
5. 交付する「健康保険限度額適用認定証」は指定される所(職場への社内メール、自宅、その他病院など)へ送付しますので、希望送付先を記入ください。
6. 有効期間経過後引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要です。
7. 使用後もしくは有効期限に到達した場合は、速やかに「認定証」を当健保組合へ返却ください。
8. この用紙を申請できるのは、70歳未満の方と70歳以上で3割負担(現役並Ⅰ・Ⅱ)の方です。70歳以上で2割負担の方と3割負担で現役並Ⅲの方は、「高齢受給者証」を提示ください。(手続きは不要です)
9. 被保険者が低所得(=非課税世帯)の場合は、別途手続きが必要ですので、健保へお問い合わせください。

受付番号【 】

健保記入欄	発効年月日	令和 年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ オ	担 当
	有効期限	令和 年 月 日	標準報酬月額	千 円	
	交 付 日	令和 年 月 日	更新履歴	初回・ 回目 (回収・未回収)	