

同年月日	令和 年 月 日	発効年月日	令和 年 月 日
資格取得 喪失	年 月 日 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ・現Ⅰ・現Ⅱ

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証の		記号	番号			
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	大・昭・平	年 月 日		所在地	
適用対象者	氏名			性別	男・女	被保険者との続柄
	生年月日	大・昭・平	年 月 日			
被保険者（適用対象者）の住所		〒				
入院・通院の別		入院		通院		
認定証を必要とする病気は負傷(ケガ)によるものですか？				はい ・ いいえ		

確認	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

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。

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。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので
マイナ保険証をぜひご利用下さい。



同年月日	令和 年 月 日	発効年月日	令和 年 月 日
資格取得 喪失	年 月 日 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ・現Ⅰ・現Ⅱ

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証の	記号	123	番号	123	
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所 名称	〇〇〇〇 株式会社
	生年月日	大・昭・平	42年 2月 7日	所在地	〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3
適用対象者	氏名	同上		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	被保険者との続柄	本人
被保険者（適用対象者）の住所		〒123-4567 〇〇市〇〇区〇〇町4-5-6			
入院・通院の別		<input checked="" type="radio"/> 入院		<input type="radio"/> 通院	
認定証を必要とする病気は負傷(ケガ)によるものですか？				<input checked="" type="radio"/> はい	

確認	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

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。

「はい」の場合は負傷原因を記入して下さい。
(空欄に記入して下さい。)
いつ、どこで、何をしようとして、何のために、どうなったか

自宅送付希望の場合は余白に「自宅送付希望」と記入して下さい。

発効年月日は当健康保険組合が受付をした月の1日からとなっていますが希望の発効月があれば「〇〇年〇〇月から発効希望」と記入して下さい。