

健保 使用 欄	月額	適用区分	証 交 付
	千円		年 月 日
	旧証有効期限		年 月 日

常務理事	事務長	課 長	係 長	係

健康保険 限度額適用認定申請書（新規・更新・再交付）

被 保 険 者	① 被保険者 記号番号	記号 番号	② 被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	③ 住 所	〒 ー (電話) ー ー			
	④ 事業所 名 称				
	備 考	※被保険者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へ記載してください。 (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。)			

※認定対象者が被保険者の場合は、⑤に「本人」と記入し、⑥～⑦は省略して差し支えありません。
 ※認定対象者と被保険者の住所が同一の場合は、⑦に「同居」と記入し住所の記載は省略して差し支えありません。

認 定 証 を 必 要 と す る 者	⑤ 氏 名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑥ 被保険者 との続柄	
	⑦ 住 所	〒 ー (電話) ー ー		
	⑧ 申請区分	※該当区分に○を付けてください。再交付の場合は理由を記入してください。 新規 ・ 更新 ・ 再交付 (再交付理由:)		
	有効期間	<ul style="list-style-type: none"> 有効期間は、受付日の属する月の1日より、令和7年11月30日となります。 有効期限満了までの間にマイナンバーカードの保険証利用登録をお願いします。 		

認 定 証 送 付 先	⑨ ※希望する送付先に○を付けてください。	
	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者住所(③の住所) ・ 事業所 ・ 認定対象者住所(⑦の住所) その他の送付先 〒 ー	宛

『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』をぜひご利用ください。

受付印

【申請にあたっての注意】

- ・新規取得者・任意継続被保険者については、取得日が発効日となります。
- ・有効期限の切れた認定証は健保組合へ速やかに返却してください。

※被保険者が、市区町村民税非課税対象者の場合は、
 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」で申請してください。