

| | | | |
|---------------|--------|------|-------|
| 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 保険証の | 記号 | 〇〇〇 | ② 被保険者氏名 | 健保 太郎 |
| | | 番号 | 〇〇〇 | 生年月日 | 昭・平・令 5 年 1 月 12 日 |
| | ③ 住 所 | 〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 (電話) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県さいたま市大宮区〇〇〇町〇〇-〇〇 | | | |
| | ④ 事業所 名 称 | (株)〇〇〇製作所 | | | |
| | 備 考 | ※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 | 本人 昭・平・令 年 月 日 | ⑥ 被保険者 との続柄 |
| | ⑦ 住 所 | 〒 — (電話) — — | |
| | 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。 <input checked="" type="radio"/> 新規 ・ <input type="radio"/> 更新 ・ <input type="radio"/> 再交付 (再交付理由:) | |
| | 有効期間 | ・有効期間は、受付日の属する月の1日より、3カ月となります。 ・有効期限を過ぎても高額診療が続く場合は、ぜひ『マイナ保険証』をご利用 くださいますようご協力お願いいたします。 | |

| | |
|----------------------------|--|
| 認 定 証 送 付 先 | ⑨ ※希望する送付先に○を付けてください。 <input checked="" type="radio"/> 被保険者住所(③の住所) ・ 事業所 ・ 認定対象者住所(⑦の住所) <input type="radio"/> その他の送付先 〒 — |
|----------------------------|--|

『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。