

|               |        |      |       |
|---------------|--------|------|-------|
| 健保<br>使用<br>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<br>保<br>険<br>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<br>埼玉県さいたま市大宮区〇〇〇町〇〇—〇〇                                        |     |          |                    |
|                  | ④ 事業所<br>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。<br>(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<br>定<br>対<br>象<br>者<br>(認定証を必要とする者) | ⑤ 氏 名<br>生年月日 | 健保 花子<br>昭・平・令 5 年 5 月 1 日                                                                 | ⑥ 被保険者<br>との続柄 | 妻 |
|                                       | ⑦ 住 所         | 〒 — — (電話) — —<br>同居                                                                       |                |   |
|                                       | 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。<br>新規 ○ ・ 更新 ・ 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。<br>・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<br>くださいますようお願いいたします。 |                |   |

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