

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	健保 花子 昭・平・令 5 年 5 月 1 日	⑥ 被保険者 との続柄	妻
	⑦ 住 所	〒 — — (電話) — — 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。 新規 ・ 更新 ・ 再交付 (再交付理由: 紛失してしまったため)		
	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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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。