

記入例

健康保険 限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	担当	(事業所)

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ください。
*電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

被保険者情報	被保険者等	記号 999	番号 9999	生年月日 昭和 平成 令和				5	0	年	4	月	1	日	
	氏名	ふりがな けんぼ たろう 健保太郎													
	住所	〒	5	0	3	-	0	9	1	6	岐阜	都道	大垣	市区	郡
		日の出町1-1				電話		0584 - 81 - 3124							

認定対象者	対象者 (被保険者の場合は記入不要)	氏名	健保 花子				生年月日	昭和 平成 令和	5	2	年	5	月	1	日
	療養予定開始日	令和 3 年 12 月 1 日													
	利用期間	短期 (3ヶ月 6ヶ月) 長期 (6ヶ月以上) 最長:次の8/31まで													
	今回の療養は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)で受傷したものですか?		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ												
	今回の療養は、通勤途中、業務中の傷病によるものですか?		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ												

※療養予定開始日と利用期間を必ず記入する事。有効期限は利用期間で設定とする
※有効期限の最長は毎年9月1日に標準月額見直しがある為、7月末又は8月末となる

送付先	1. 社内便	(事業所・事業場)	〇〇事業場				(部署名)	職場名							
	※原則社内便で送付します。社内便で受け取れない場合のみ下記を選択ください。														
	2. 上記住所に送付														
	3. その他	〒													
		(宛名)				電話		- -							

申請代行者欄	被保険者・および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。(上司や病院スタッフ等)															
	氏名									被保険者との関係						
	電話番号 (日中の連絡先)	— —				申請代行の理由	1.被保険者本人が入院中でできないため 2.その他 ()									

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。 令和 3 年 3 月 1 日

被保険者等記号・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。)

備考欄														
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--