「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。
※マイナ保険証・・・保険証として利用できるように登録したマイナナンバーカード

発効年月日	令和 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日		
適用区分	ア・イ ウ・エ I・II	発行No	

常務理事	事務長	課長	係長	係員

上位所得者
一般所得者
現役並み I・II 用

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名称		
	被保険者	氏名				
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	適用対象者	被保険者・被扶養者	
	適用対象者 ※被保険者の場合は不要	氏名			被保険者との続柄	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	被保険者の住所		〒	TEL		
	交付必要期間 (入院予定期間等を記入)		令和 年 月 ~ 令和 年 月	原則受付した月の1日から最長で1年間有効となります。		
	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。					
	備考欄					
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は ☒)					
※1 希望 送付 先	希望送付先が事業所の場合は記入不要です。					
	住所	〒	TEL			
	宛名					

※2 申請 代 行 者 欄	申請代行者氏名		被保険者との関係	1.法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です 2.任意代理人 ※委任状の添付が必要です
	住所	〒		
	電話 (日中の連絡先)	TEL	※委任状には受任者の氏名、生年月日及び住所の記載が必要です	

※1 限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、希望送付先に記入された住所(記入のない場合は事業所)になりますので十分ご注意ください。

※2 被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。

令和 年 月 日 提出

受付年月日

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。

注意事項

- 限度額認定証の有効期限に達した場合、または限度額認定証の適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合には、再度申請を行っていただき限度額認定を受けることとなります。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- 被保険者が資格を喪失した場合。
- 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- 有効期限に達した場合。
- 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。
- 後期高齢者医療の被保険者となった場合。