健康保険限度額適用認定申請書

健康保険組合			健康保険組合の受付印
常務理事	事務長	担当者	

マイナンバーカードに対応した医療機関では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

健康保険被保険者証			事業所名	
記号	番号（左づめで記入）			
			所属	

被保険者氏名		電話番号	職場		
			自宅		
自宅住所	（〒　　－　　）				
適用対象者氏名	フリガナ	続柄			
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	性別	男・女		

高額療養費の対象となる入院・通院の見込期間（健康保険限度額適用認定証の申請期間）		
令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　末日		
医療機関	名称（住所）	
	電話番号	

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　　年　　月　　日

留意事項

1. 「高額療養費の対象となる入院・通院の見込期間」については医療機関へご確認の上、記入をお願いいたします。
2. 認定証の発効年月日は健康保険組合に受付された日の属する月の初日となります。
   受付月より遡った期間については発行できませんのでご留意ください。
3. 当該医療機関から療養を受ける際には、健康保険証とあわせて認定証を提示してください。
4. 次の事項に該当した時はすみやかに健康保険組合まで認定証を返納してください。
   ① 認定証の使用が終了したとき、または有効期限に達したとき。
   ② 被保険者が資格を喪失したとき。
   ③ 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。
   ④ 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
   ⑤ 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とき。

受付日付印

※低所得該当（非課税対象者）の方は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」による申請となります
ので健康保険組合へご連絡ください。

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、備考欄へ記入してください。

※マイナンバーを記入した場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考欄	