

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁			
常務理事	事務長	課 長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号	16 -	フリガナ ----- 被保険者氏名
	被保険者住所	〒 - - - ☎ - -	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

認定証交付申請する対象者	交付対象者	フリガナ ----- 氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	認定証送付先	いずれかに○	〒 -	☎ - -
		自宅・事業所 病院・その他 (右に住所を記入)	※自宅以外の場合、○○様方、○○病院○○病棟○○号室 等詳しく記入ください。	
	認定証必要期間	令和 年 月 日 から ※未記入の場合、健保受付月の1日から		
受療目的が外傷の場合次の設問に回答ください(該当するものに○)	第三者による負傷ですか? はい・いいえ	業務上による負傷ですか? はい・いいえ	通勤途上の負傷ですか? はい・いいえ	

・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。

・資格を喪失した場合や、有効期限が切れた場合など使用後は認定証を返却してください。
有効期限経過後や、記号変更後に引き続き認定を受ける場合は、認定書を返却して再度申請が必要です。

・被保険者が市区町村民税の非課税者の場合、申請書が異なります。「標準負担減額認定申請書」に、非課税証明書を添付して申請ください。

・お支払いが高額となった場合(精算済み)、自己負担限度額を超えた額は、後日健保組合から「高額療養費」として自動的に支給されますので限度額適用認定証の申請は不要となります。(概ね診療月の3カ月後の給与に合算)

健保記入欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発行年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	事業所コード	標準報酬月額 千円

受付日付印