

マイナ保険証を利用すると、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医療費の支払いが免除されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。申請にあたっては医療機関にご確認ください。

| | | | | | |
|------|-----|----|------|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------|---------------|-------|------|-----|-------|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号・番号 | — | 事業所名称 | | | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | 昭・平 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 — | | | | |
| | 日中連絡がとれる電話番号 | 携帯・自宅・会社 — | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|---|----------|-------------|
| 認 定 対 象 者 欄 | 療養を受ける方 | 氏名 | | | | 被保険者との続柄 | |
| | ※ 被保険者の場合は記入の必要がありません。 | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 | 才 | 性別 | 男・女 |
| | 療養予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | わかる範囲で構いません |

※ 被保険者の住所以外に送付を希望する場合は、こちらにご記入ください。

被保険者の住所以外に送付を希望する理由

(送付先住所) 〒 —

(送付先の宛名)

(被保険者との関係)

令和 年 月 日申請

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。

認定対象者

- 70歳未満の被保険者・被扶養者の方
- 70歳以上で所得区分が「現役並みⅠ・Ⅱ」の方

申請するにあたっての注意事項

- 認定対象者ごとに申請書を作成してください。
- 認定証の発効年月日は、原則として申請のあった日の属する月の初日となりますので、ご注意ください。
(例:入院開始が4月であっても、5月2日に申請書が組合に届いた場合、発効年月日は5月1日となります)

健保組合記入欄

| 標準報酬月額 | 決定年月 | 適用区分 | |
|--------|------|----------|--|
| 千円 | 年 月 | 70歳未満 | ア. 83万円以上 イ. 53万~79万円 ウ. 28万~50万円 エ. 26万円以下 |
| | | 70歳以上 | Ⅰ. 28万円~50万円 Ⅱ. 53万円~79万円 |
| 発効年月日 | | 令和 年 月 日 | |
| 有効期限 | | 令和 年 月 日 | |

