

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年0月4日1			
	氏名	ふりがな けんぼ たろう 健保太郎					
	住所	〒 503-0916	岐阜	都道 府県	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年2月5日1	
	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) ○○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	〒 - - - - - 都道 府県 市区 郡 (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									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--