

オンライン資格確認ができる医療機関や薬局では、『マイナ保険証』※が限度額適用認定証として利用できます。本申請による事前準備は不要となりますのでぜひ『マイナ保険証』をご利用ください。
※『マイナ保険証』とは、マイナンバーカードの保険証利用のことです。

『マイナ保険証』について



健保捺印欄	常務理事	事務長	健保担当者	

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

①～③の太枠内を誤りのないよう記入してください。
『70歳以上』で『高齢受給者証の負担割合が2割』の方は申請不要です。

① 被 保 険 者	申請日: 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日							
	限度額適用認定証の返納誓約 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、有効期限に達したときは、ただちに健保へ返納いたします。							
	氏 名 自署の場合は@省略可	健保 太郎	生年 月 日	☒ 昭和 ☐ 平成	XX 年 XX 月 XX 日			
	事業所名 (会社名)	〇〇〇株式会社	被保険者 記号-番号	XXXX - XXXX				
	勤務先 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇-〇〇 部署名(〇〇〇〇部 〇〇〇〇課) TEL 〇〇〇-〇〇〇〇						
② 療 養 を 受 け る 方	自宅住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇-〇〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇						
	申請できる期間は、最長で今年度末の3/31までです。延長を希望する場合は再度申請が必要です。							
	対象者氏名	健保 花子	続 柄 本人・妻・長男 等	妻	生年 月 日 ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 XX 年 XX 月 XX 日			
	交付必要期間 (入院予定期間等)	令和 X 年 XX 月 XX 日 ~ 令和 X 年 XX 月 XX 日						
	医療機関名称	〇〇〇〇〇〇〇〇病院						
③ 送 付 先	医療機関住所	〇〇県〇〇市〇〇-〇〇						
	交付必要期間が過ぎてから申請の場合、その理由を記入 (既に精算が終わっている場合は、自動還付となる為、申請不要。)		☐ 医療機関へ支払う医療費が未払いの為 ☐ その他 ()					
	☒ ①に記入の勤務先への送付を希望 (被保険者以外への送付を希望する場合は部署名、氏名必須。) ☐ ①に記入の自宅住所を希望 (健保から社内便で送付可能な事業所へは社内便を優先させることがあります。) ☐ 下記への送付を希望 (医療機関への直接送付は対応できません。)							
	住 所	〒 - TEL						
	宛 名							
④ 申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。							
	氏名・印 申請代行者は@必須		被保険者 との関係	☐ 事業所の健保担当者 ☐ 親族 ☐ その他 ()				
	TEL		申請代行 の理由	☐ 被保険者が入院中のため ☐ その他 ()				
健保 使用 欄	交 付 番 号	健保受付印	健保確認印	認定証回収日				
	No.							
	交 付 期 間							
	~							