

限度額適用認定証は、
簡易書留で送付します

健康保険限度額適用認定申請書

【本人以外が申請
する時の記入例】

本書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。 申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者	被保険者証 記号番号	20 - 555555	氏名	健康太郎			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50年 10月 15日					
	所属事業所	〇〇〇〇(株)(△△△(株) 出向中)					
	所属名称	〇〇〇〇部 〇〇課 〇〇担当					
	認定証の 送付先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 受領代行者		受領代行者に送付する場合は、受領代行者の住所等を記入してください。			
		〒700-0001 広島市南区〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号					
適 用 対 象 者	被保険者が適用対象者の場合は記入不要です。						
	氏名		被保険者 との続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
認定を必要とする期間 (入院または通院の予定期間)		令和 3年 8月 1日 ~ 令和 4年 3月 31日 ※ 認定期間は最長1年間です。					
申 請 ・ 受 領 代 行 者	被保険者以外の方が申請または受領する場合にご記入ください。						
	氏名	健康良夫 (健康印)	被保険者 との関係	兄		代行 する 事項	<input checked="" type="checkbox"/> 申請
	住所	〒700-0001 広島市南区〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号					<input checked="" type="checkbox"/> 受領
	電話番号 (日中の連絡先)	090 - 1234 - 5678					
	申請・受領 代行の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請または受領できないため <input type="checkbox"/> その他 ()					

被保険者 確認欄

この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

(注意事項)

- 認定証は、医療費の窓口自己負担相当額(総医療費の2割)自己負担限度額を超過する場合にのみ適用となります。
- 本申請書は、直接健康保険組合に提出してください。

被保険者以外が代行により申請する場合は、
記入は不要です。

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。