

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。
当申請書にて申請する場合は、申請書が健康保険組合到着後、認定証の交付まで5営業日程度必要です。

任意継続

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		5	1	0	0	-	1	2	3	4	5	6	7	
	被 保 険 者	氏名	日生 花子						生年月日	1985 年 8 月 8 日					
		住所	〒541-8501 大阪市中央区今橋3-5-12												
		連絡先	06 - 2345 - 6789 (日中に連絡が取れる電話番号)												
	適 用 対 象 者	氏名	日生 花子						生年月日	1985 年 8 月 8 日					
		被保険者 との続柄	本人												
	利用開始年月 (予定でも可、但し翌月まで)		2024 年 4 月						備考						
代理 申請者 ※被保険者本人 が申請できない 場合に限りです	氏名							被保険者 との関係							
	連絡先	- - (日中に連絡が取れる電話番号)													
	理由	☐ 被保険者本人が入院中のため ☐ その他 ()													

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

【ご注意】 あらかじめ入院予定日がわかっている場合は、余裕をもってご提出ください。

- 認定証の発効年月日は、申請書に記入いただいた利用開始年月の1日となります。
(受付した月に資格取得および被扶養者認定されたときはその取得日または認定日)
- 被保険者が住民税非課税世帯の方については、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に「非課税証明書」を添付の上申請してください。

健 保 処 理 欄	適用区分	健保組合	
		取 扱	決 定
	ア・イ・ウ・エ		

【緊急等の理由で被保険者の住所以外に送付を希望する場合】	
※ 封筒の宛先に下記を貼付しますので、間違いのないよう正しく記載してください。	
※ 病院へ送付を希望する場合は、病院が郵便を受取れるかを必ず確認してください。 また、宛先は病院が指定する宛名（病棟・担当者等）を記載してください。	
郵便番号	〒 -
住所	
宛名	