

| ※令和 年 月 日交付 |     |      |     |
|-------------|-----|------|-----|
| 常務理事        | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|             |     |      |     |

★マイナ保険証を利用すれば、自己負担限度額を超える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。  
(医療機関にも確認をお願いします。)

# 健康保険限度額適用認定申請書

( 新規 ・ 再交付 ・ 更新 )

※再交付の場合は旧認定証にかかる滅失届を添付して下さい。

|                            |      |                                                                                          |       |                           |       |    |  |  |
|----------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|-------|----|--|--|
| 被保険者の記号・番号                 |      | 記 号                                                                                      | 番 号   | 診療時の標準報酬月額<br>(※ 健保組合記入欄) |       | 千円 |  |  |
|                            |      |                                                                                          |       |                           |       |    |  |  |
| 被保険者                       | フリガナ |                                                                                          |       | 勤務先<br>(配属先)<br>事業所       | 名 称   |    |  |  |
|                            | 氏 名  |                                                                                          |       |                           |       |    |  |  |
|                            | 生年月日 | 昭和<br>平成                                                                                 | 年 月 日 |                           | 所在地   | 〒  |  |  |
| 適用対象者                      | フリガナ |                                                                                          |       | 被保険者との<br>続柄              |       |    |  |  |
|                            | 氏 名  |                                                                                          |       |                           |       |    |  |  |
|                            | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和                                                                           | 年 月 日 | 性 別                       | 男 ・ 女 |    |  |  |
| 療養（予定）期間                   |      | 令和 年 月 ～ 令和 年 月                                                                          |       |                           |       |    |  |  |
| 被 保 険 者 の 住 所              |      | フリガナ                                                                                     |       |                           |       |    |  |  |
|                            |      | 〒 ー<br>電話 ( )                                                                            |       |                           |       |    |  |  |
| 限度額認定証の送付先<br>※ ○で囲んでください。 |      | 1. 被保険者の住所<br>2. 勤務先事業所<br>3. その他（適用対象者、入院先等）<br>〒 ー<br>住所：<br>宛 名：<br>対象者との関係（ ） 電話 ( ) |       |                           |       |    |  |  |
| 備 考                        |      |                                                                                          |       |                           |       |    |  |  |

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。

【留意事項】

- ・ 日程に余裕をもってご提出ください。
- ・ 70歳以上の方は、[高齢受給者証]を医療機関へ提示することで同様の扱いとなることから、限度額適用認定申請書の発行申請は必要ありません。  
(標準報酬月額が28万円～79万円に該当する場合は申請が必要です。)
- ・ 限度額認定証の有効期限は、交付した月から初めて到来する8月31日までとなりますので、当該8月31日を超えて入院される場合には、更新の申請手続きをしてください。  
(なお、申請の際には、旧限度額適用認定証を添付してください。)