健康保険　限度額適用認定証　交付決定決議書

伺年月日	令和　年　月　日
決定年月日	令和　年　月　日
交付年月日	令和　年　月　日

限度額区分

常務理事	事務長	業務課長	係

限度額認定証の交付について決定します。

標報月額
千円

健康保険 限度額適用認定申請書

確認欄	
□	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 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ます。

令和　年　月　日 提出

①事業所名称				②被保険者証 記号－番号		―	
③被保険者氏名		性別 男・女	④生年月日	昭和 平成	年　月　日	⑤年齢	歳
⑥認定対象者が被扶養者の場合は その方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名			性別 男・女	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		年齢		歳	
⑦診療を受ける医療 機関名称及び住所	名称						
	住所						
⑧第3者行為（交通事故）・業務災害	該当　・　不該当		⑨診療区分	入院　・　外来			
⑩診療又は手当の期間 （限度額証の有効期限）	令和	年　月　日	～	年　月　日	まで	⑫公費 または マル福	該当 不該当
⑪上記の期間に入院する 場合その期間	令和	年　月　日	～	年　月　日	まで		
⑬認定証の送付先 （希望する送付先を記入） 1. 自宅　2. 事業所　3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。	（〒　－　）　（電話　　） 住所 氏名						

○被保険者のマイナンバー記入欄

（②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受 付 印

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が免除されます。
本書面の提出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。

（注意）
○被保険者が市町村民税非課税（低所得者）の場合、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出して下さい。
○「限度額適用認定証」の有効期限は、申請を受け付けた日の属する月の1日（資格を取得した月の場合は資格取得日）から最長で1年間の範囲となります。
○「限度額認定証」の有効期限が切れた場合、すみやかに健康保険組合まで返納して下さい。

令和6年5月改訂版

交付No.	

茨城県農協健康保険組合