

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

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。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人（被保険者）が作成したものです。
<input type="checkbox"/>	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	④生年月日	昭和 年 月 日	⑤年齢		歳	
	男・女		平成				
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	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第三者行為（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	
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		不 該 当	
⑬認定証の送付先 （希望する送付先を記入）	住所		（〒 - ） （電話 ）				
	氏名						
1. 自宅 2. 事業所 3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。							

○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。）

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。

受付印

（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.