決裁日付印

健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	主任	担当者	備考欄

「健康保険限度額適用認定証」交付申請書

被保険者	被保険者の記号・番号	記号		番号		
	被保険者の氏名				性別	男 ・ 女
	事業所の名称					
	所属					
適用対象者	フリガナ			性別	続柄	
	氏　名			男 ・ 女		
	生年月日	昭和 平成 令和　年　月			年齢	歳
	住　所	〒		電話		
	限度額認定証利用期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日				
	その傷病は第三者行為によるもので			ある ・ ない		
※	申請代行者	氏名			被保険者との続柄	
		電話番号				
	申請代行の理由	□被保険者本人が入院中で外出できないため □その他（　　）				

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

不二サッシ健康保険組合理事長　殿

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。

令和　年　月　日

被保険者氏名（申請代行者氏名）　㊞

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考	

受付日印

事業所担当者印	

（注意事項）

1. 対象者
   70歳未満の被保険者・被扶養者で、入院（厚生労働大臣が定める在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療含む）・通院における高額療養費の現物給付を希望する者。
   ＊「健康保険限度額適用認定証」を医療機関窓口へ提出することにより、窓口での支払いが自己負担限度額となります。（高額療養費の負担はありません。）
2. 転院等により受診する医療機関に変更があった場合でも、発行された認定証の有効期限内は使用できます。
3. 当申請書は各事業所健保組合担当窓口（総務・人事等）へ提出ください。
4. 当申請書に記載の個人情報は、上記認定証交付以外の目的に利用いたしません。
5. 被保険者資格を喪失したとき、有効期限が切れたときは健康保険組合へご返却ください。

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。

使ってみよう！
マイナ保険証

令和06.01.29改訂