※マイナ保険証を利用すればこの申請は不要です

受付

提出日を記入

令和6　年3　月1　日　提出

被保険者が記入する欄	被保険者証	記号 9 9 9			番号 9 9 9 9 9 9 9						事業所名	ABCD株式会社 （所属）総務課 （日中の連絡先）8－９９－×××× 会社名と日中の連絡先	
	被保険者氏名	フリガナ ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ 健保　太郎									生年月日	昭和・平成	
	被保険者住所	〒　559　－×××× 大阪市住之江区〇〇〇１－２－３ 電話　06　－（　〇〇〇〇　）－××××											
	適用対象者氏名	フリガナ ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ 健保　花子									続柄 妻	生年月日	昭和・平成・令和 2年　2　月　20　日
	入院（予定）日	令和　6　年　3　月　15　日頃から　令和　6　年　4　月　2　日頃まで											
	通院（予定）日	令和　通院は「医療費が**高額**」になるときのみ記入　月　日頃まで											
	希望送付先	〒　－ 自宅へ送付してください （病院等に送付希望の場合は、**事前に**受取先確認をお願いします） 連絡のとれる電話番号０９０－××××－〇〇〇〇											

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。

〔注意事項〕

1. **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ので、この申請は不要です。**
2. 適用対象者が被保険者の場合は「本人」と記入ください。被扶養者の場合は、氏名、続柄等の記載事項を記入ください。
3. 入院・通院開始予定日ならびに予定期間は医師に確認のうえ、必ず記入ください。
4. 発行する認定証の有効期間は、原則として申請した月の初日から最長**６か月**間です。
5. 交付する「健康保険限度額適用認定証」は指定される所（職場への社内メール、自宅、その他病院など）へ送付しますので、希望送付先を記入ください。
6. 有効期間経過後引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要です。
7. 使用後もしくは有効期限に到達した場合は、速やかに「認定証」を当健保組合へ返却ください。
8. この用紙を申請できるのは、**７０歳未満**の方と**７０歳以上**で**３割負担（現役並Ⅰ・Ⅱ）**の方です。**７０歳以上**で**２割負担**の方と**３割負担で現役並Ⅲ**の方は、**「高齢受給者証」を提示**ください。（手続きは不要です）
9. 被保険者が低所得（＝非課税世帯）の場合は、別途手続きが必要ですので、健保へお問い合わせください。

受付番号【　　】

健保記入欄	発効年月日	令和　年　月　日	適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ	担　当
	有効期限	令和　年　月　日	標準報酬月額	千　円	
	交　付　日	令和　年　月　日	更新履歴	初回・　回目（回収・未回収）	