

【マイナ保険証をご利用ください】

マイナ保険証^{*}を医療機関等の窓口で提示すれば、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。
(市町村民税非課税者を除く)
限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

※1 マイナ保険証とは、「健康保険証」利用申込みをした「マイナンバーカード」です。
※2 マイナンバーカードの健康保険証利用に対応していない医療機関では免除されません。
また、医療機関において、マイナンバーカードによる資格確認ができない場合は、免除とならない場合があります。
マイナ保険証対応状況につきましては、予めご受診の医療機関へご確認ください。

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

下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。また、交付された認定証は使用後速やかに返却いたします。

※『限度額適用認定証』は、この申請書を当組合が受付した日の属する月の1日から有効となります。

						令和	年	月	日	提出	
被 保 険 者	健康保険の	記号	番号	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	住所	〒									
日中連絡先	自宅 () 携帯電話 ()										
適 用 対 象 者	氏名				被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	住所	〒									
		※被保険者と同じ場合は「同上」と記入 電話 ()									
	入院・外来 予定期間 (該当に☑)	☐ 入院 ☐ 外来	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※指定された期間に利用できる限度額適用認定証を交付します。(申請月の1日から最長6ヵ月まで)								
傷病原因 (該当に☑)	☐ 交通事故など第三者行為によるもの ☐ それ以外によるもの()										
認定証送付先 (該当に☑)	☐ 被保険者住所に送付 ☐ 適用対象者住所に送付 ☐ その他に送付 [勤務先 ・ 実家 ・ 病院] ※病院が郵便物の受け取りを承諾している場合に限り、病院を送付先に指定できます。 病院名・病棟・病室は必ず明記してください。 〒 — 電話 () 住所 宛名 (様方)										

受付日付印