

※ 限度額適用認定証の申請は、令和6年12月2日時点で保険証が交付されている方(※1)または、令和6年12月2日以降の加入者等で資格確認書の交付を受けている方が対象となります。
(※1)マイナ保険証が利用できる方は除きます)

決 裁	年 月 日	常務理事	事務長	MGR	担当
受 付	年 月 日				
決 定	年 月 日				
交 付	年 月 日				
被保険者の標準報酬月額		千円		所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ

※すでに医療費のお支払いが済んでいる場合、この申請は必要ありません。

また申請はご精算をされる前までにお願ひ致します。(交付に1週間前後お時間を頂いております。)

※申請書は原本(本紙)を郵送にてお送りください。(FAX、コピー、メール添付不可)

※認定証の発効年月日は、原則、申請書が当健保に到着した月の1日からとなります。やむを得ない事情で遡っての発効を希望する場合は、必ず事前に当組合までご連絡ください。

※「マイナ保険証」をお持ちの方は、限度額適用認定証は不要なため、原則交付しておりません。

「マイナ保険証」をご利用ください。

健康保険限度額適用認定申請書

(太枠内をご記入ください)

保 険 証	記号 番号		所属事業所 及び個所名 電話番号	TEL :	
認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
今回の申請に かかる傷病は 右記に該当し ますか。いづれ かに○をして ください	1.業務上や通勤途上によるものですか 2.第三者行為(交通事故など)によるものですか 3.市区町村の医療費の助成は受けていますか		はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ		
有効期間 (未定では発行不可)	申請書健保到着月の1日 ~ 令和 年 月末まで				
その他 諸注意事項	①有効期限は最長で申請時から最初の8月末日までとなります。 ②9月1日以降も限度額適用認定証を利用される場合は、再度、申請が必要となります。				

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

送付先住所：(限度額適用認定証の送付先となります)

〒 _____
住所：

被保険者氏名：

TEL : _____
※連絡可能な電話番号をご記入ください。
※確認が必要な事項があった場合、連絡が
取れないと発行が遅れることがあります。