健康保険

[記入例]

上位所得者・一般所得者用

健康保険限度額適用認

マイナ保険証で受診すれば、限度額適用認定証の申請・提示は不要です

マイナ保険証を所有せず、限度額適用認定証の交付を希望する場

被保険者等 記号番号		○○○○－○○○○	マイナンバー記入欄（記号番号を記入した場合は不要です）		
被保険者	氏　名	○○　○○	事業所	名称（所属）	○○○○株式会社○○支店
	生年月日	昭・平　○年　○月　○日		所在地	○○県○○市○○○丁目○○―○
認定対象者	氏　名	○○　○○	被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭・平・令　○年　○月　○日	性　別		男　・　女
使用区分（どちらかに○）	外来診療・入院	入院（予定）年月日	令和　○　年　○　月　○　日		
認定対象者は医療費助成等により窓口負担の全額又は一部について助成を受けていますか					はい・いいえ
傷病の原因は第三者の行為（交通事故・傷害等）によるものですか					はい・いいえ
被保険者（認定対象者）の住所		〒　○○○　－　○○○○　TEL　○○○　○○○　）○○○○ ○○県○○市○○○丁目○○―○			

市区町村等から、医療費の助成を受けている場合には、「はい」に○をしてください

◆被保険者、認定対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

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	

認定証送付先（いずれか○）	○	事業所経由	※認定証は、この申請書を健保で受付けた日の属する月から適用になります。
		上記自宅宛	
		自宅以外	〒　－　TEL　（　　）　方

申請日　令和　○　年　○　月　○　日

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。

以下健保使用欄

発効年月日	令和	適用区分	
有効期限（発効から最長1年）	令和		
申請経路	事業所　・　被保険者（		

資格取得日	育児休業	給付記録

健保使用欄

マイナ保険証を確認 有　⇒交付しない（申請書を返戻） ※R7.12.1までは交付する 無　⇒交付する	常務理事	事務長	担当者

R6.12.1 morinaga kenpo