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。

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険 限度額適用認定 申請書

■ 被保険者（申請者）

被保険者（申請者）情報				
	事業所名	□東京・高岡本社（二塚製造部含む） □高岡工場　□川内工場 □労働組合　□任意継続　□（　　）	所属	
	被保険者証の	記号　　番号 （右詰め）	生　年　月　日	□昭和□平成□令和　　年　　月　　日
	氏　名	（フリガナ） （自署）		
	住　所	（〒　　－　　）　都道府県 (TEL　　－　　－　　)		

■ 認定者（療養を受ける方）

認定対象者欄						
	療養を受ける方 ※被保険者の場合は氏名と生年月日は記入の必要はありません	□被保険者 □被扶養者	氏名	（続柄　　）	生年月日	□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日
	療養予定期間	令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	（※原則、3か月間有効で交付）			

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

※ 限度額適用認定証は通常、所属先（任意継続は自宅）へ送付しますが、希望する送付先があれば下記にご記入ください。

希望送付先		
	□ 上記の被保険者住所へ　□ 下記記入の送付先へ	
	住　所	（〒　　－　　）　都道府県 (TEL　　－　　－　　)
	宛　名	

受付日付

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ください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は本人確認、個人番号確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

※ 低所得者用は別の申請書になりますので、健康保険組合にご請求ください。