

常務理事	事務長	課長	係長	係	標準報酬月額	千円	適用区分	ア・イ・ウ・エ 現役並みⅡ・Ⅰ
					交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日

健康保険 限度額適用認定申請書

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。この「限度額適用認定申請書」用紙での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。

① 被保険者証の 記号番号	(記号)	(番号)	②事業所名					
被保険者の	③氏名	(フリガナ)	④生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	⑤住所	〒						
認定証交付対 象者の	⑥氏名	(フリガナ)	⑦生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	⑧被保険者 との続柄							
⑨療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月							
⑩ ⑤とは別の送付先を希望 する場合は、その送付先	〒							
			TEL	()				
		(宛名)						

被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。

申請代行者の氏名	被保険者との関係(続柄)
申請代行の理由	1 被保険者が入院中で申請できないため 2 その他()

◎注意事項

1. この申請書は、各区分の方が療養を受ける場合等に使用してください。

<70歳未満>

標準報酬月額	所得区分
83万円以上	ア
53万~79万円	イ
28万~50万円	ウ
26万円以下	エ

<70歳以上>

標準報酬月額	所得区分
53万~79万円	現役並みⅡ
28万~50万円	現役並みⅠ

受付年月日

2. 対象者が被保険者本人の場合、⑥⑦⑧⑨の記入は不要です。

被保険者の個人番号記載欄

(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--