

常務理事	事務長	保健師	係

# 健康保険限度額適用認定証交付申請書

(70歳未満の上位所得者・一般所得者用)

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額医療費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証を是非ご利用ください。

新規 ・ 延長 (\*○を付けて申請してください。)

\*使用予定期間の1ヶ月前を目安に後提出ください。

被保険者について	記号	番号	被保険者名	生年月日
				年 月 日
	住所	〒 -		
	電話番号	( ) *昼間に連絡がとれるもの。		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は□にレを記入して下さい。)				

振込先指定口座	□マイポータル等で事前登録した公金受取口座口座を利用します。(利用する場合は□にレを入れて下さい。その場合は下記への記入は不要です。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また振込先を受取代理人の口座を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	療養費振込希望口座	銀行	支店	普通 口座名義 (←カタカナで記載下さい。) 当座
*指定口座が給与振込口座でない場合は、通帳又はキャッシュカード等のコピーを添付してください。				

適用対象者について	対象者の氏名		被保険者との続柄		生年月日	年 月 日
	*適用対象者が被保険者の場合、上記氏名と生年月日の記入の必要はありません。					
	発行希望期間	年 月 ~ 年 月 まで *記入がない場合、原則受付した月の1日から1年間(最長)の有効期間となります。				
	・対象者の方は市町村の医療費助成等の対象となっていて、病院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・けんか 等)または、業務中によるものですか?					はい・いいえ	

\*「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	代行者の氏名		印	被保険者との関係	
	電話番号	TEL ( ) *昼間に連絡がとれるもの		申請代行の理由	

\*限度額適用認定証の送付先は、原則所属事業所とさせていただきます。

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。 年 月 日

被保険者のマイナンバー記載欄	*記号・番号を記入の場合は「マイナンバー」の記入の必要はありません。 *マイナンバーを記入した場合は※「本人確認書」を添付ください。
<input type="text"/>	※「本人確認書」(下記2点の書類を添付為してください。写可) 1.通知カード等 or 住民票(番号付) 2.運転免許証 or パスポート