マイナンバーカードの健康保険証利用

限度額適用認定証の準備が不要になりました！

健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定申請書

※在職中の方で会社・団体を経由せず直接当健保組合に申請書を送付される方、あるいは任意継続の方は「対象者の被保険者証写し」を申請書裏面に糊付けして申請してください。
※有効期限切れの「限度額適用認定証」をお持ちの方は、当申請書に添付してください。
旧証未返却の場合は、新たな限度額適用認定証を発行できません。
返却できない場合は、「滅失（紛失）届」（健保ホームページ）を添付してください。

下記のとおり健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付を申請します。

①被保険者	被保険者証		フリガナ	ケンポ　タロウ
	記号	９９９	氏　名	健保　太郎
	番号	１２３４	生年月日	昭和・平成　〇〇　年　〇〇月　〇〇日
②治療対象者	被保険者との続柄	妻	氏　名	健保　花子
	証明期間（有効期間）	自　〇〇年〇〇月〇〇日	至	年　７月　３１日
	けがの治療の場合、以下の質問にも回答（当てはまるものに☑）してください。 ☐交通事故等の第三者行為　☐自損事故　☐当逃げ事故　☐業務（通勤）中の事故　☐その他			
③送付先	☑会社・団体の本社人事（右記入不要） ☐自　宅 ☐自宅以外の希望送付先（病院・実家・会社の各拠点等） 簡易書留で送ります。受け取っていただける方の宛名をご記入ください	住所	〒　－　電話　（　）	
		宛名		

入院予定日等

健保で決定

※被保険者本人（当健保組合グループ会社でお勤めの方）が低所得者（市区町村民税非課税者）の場合は、「非課税証明書」を添付してください。
「非課税証明書」はその年の１月１日現在に住民票のあった市区町村で発行しています。
８～１２月の診療については当年度の証明書を、１～７月の診療については前年度の証明書です。

上記のとおり標記認定証の交付申請がありましたので提出します。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	年　月　日 提出 〒　－ ※会社・団体経由で申請する場合は証明が必要です。 ※会社・団体を経由しない場合はこの部分の証明は不要ですが対象者の「被保険者証コピー」の添付が必要です。

（健保組合処理欄）

常務理事	事務長		担当者

発行年月日	年　月　日	発行年月日	年　月　日
有効期限	年　月　日	有効期限	年　月　日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
発番		発番	

受付日付印