

健康保険 限度額適用認定申請書

マイナ保険証利用の場合は、限度額情報の提供に同意することで、限度額適用認定証は不要となりますので申請は不要です。
ただし、以下の場合は、限度額適用認定証が必要となりますので、交付申請を行ってください。
・オンライン資格確認未導入の医療機関等での受診の場合
・マイナ保険証を利用しない場合

ミットヨ健康保険組合理事長殿

下記の通り、健康保険 限度額適用認定証の交付を申請いたします。

被 保 険 者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日		
	氏名	氏		名	社員番号		
					生年月日		
	所属名称						
住民票住所	〒 -						
対 象 者	氏名	氏		名	被保険者 との続柄		
	生年月日				年齢	歳	
入院・通院開始日							
入院する場合は 医療機関名	医療機関名						
	所在地						
	電話番号		— —				
認定証の送付先 I, II のいずれかを選択	I	社内便	所属名称				
			勤務地				
	II	郵送	(郵送先) 被保険者住民票住所 その他の送付先				
			「その他の送付先」は下欄に記入				
			〒 -				
			住所:				
宛名:							
被保険者との関係:							

被保険者の個人番号(マイナンバー)	
-------------------	--

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

※ 被保険者が当年度(この書類を提出するのが4月～7月の場合は前年度)の市(区)町村住民税が非課税の場合は申請書が異なります。当健康保険組合へご連絡ください。

※ 70歳以上の方は、限度額適用認定証の手続きは不要です。
お持ちいただいている保険証と高齢受給者証を保険医療機関に提示することで、医療機関で支払う1ヵ月分の医療費が一定の金額(自己負担限度額)までとなります。

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長		係	健保組合受付欄