

健康保険限度額適用認定申請書

＜ 申請前に必ずお読みください ＞

「オンライン資格確認」対応の医療機関・薬局では「限度額適用認定証」を提示しなくても限度額を超える支払は免除されるようになります(この申請は不要です)。マイナンバーカードで受診し、情報提供に同意するか、健康保険証で受診する場合は口頭や文書で情報提供に同意が必要になります。

- マイナ保険証で受診することにより、健康保険組合への事前申請や限度額適用認定証の返却が不要となりますので、マイナ保険証での受診をお勧めいたします。
- マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、ご利用登録が必要です。医療機関等の顔認証付きカードリーダーの画面でも初回の利用登録ができます。



※ 上記にかかわらず、申請が必要な場合は【申請理由】を記載ください。

申請日 令和 年 月 日

マイナンバーカードを持っている		はい	⇒申請不要 オンライン資格確認	いいえ	保険証でオンライン資格確認が対応可能であるか医療機関へ確認 対応可能 ⇒申請不要 対応不可⇒申請理由へ記載ください									
オンライン資格確認を対応している医療機関ですか		はい	⇒申請不要	いいえ	未対応の説明を受けた場合、申請理由へ記載ください									
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号		番号										
	被保険者氏名						生年月日	S・H	年	月	日			
	住所													
	所属	事業所(会社)名 (※任継・特退は記入不要)							社内 TEL					
	対象者氏名				生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄				
	申請理由	記入例) 医療機関がオンライン資格確認未対応のため 医療機関の担当者名 _____												
	外来・入院 どちらかに○	外来	1ヵ月、同一医療機関で支払う医療費見込み額 ※57,600円(所得により異なる)以上から申請可能です / 月											
	※受付日の 月初より交付	入院	入院期間 ※退院後の申請は基本的には出来ません。申請が必要な方は事前にお電話ください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで 日間											
	医療機関名	TEL												
	市区町村の医療費助成に ついてお答えください (該当するものに○を記入)	① 市区町村の医療費助成を受給している はい ・ いいえ ・ 申請中 ① で【はい】と答えた方はご記入願います (医療費助成受給者証が発行されている場合、写し添付) 年 月 日より () 市 区 町 村 の医療費助成制度を受給												
備考														
事業所記入欄	所属	事業所名							担当者 受付印					
		部			課									
	担当名				TEL (MIND)									
健保記入欄	適用区分	ア		イ			ウ			エ				
		標報月額 83 万円以上		標報月額 53 万~79 万円			標報月額 28 万~50 万円			標報月額 26 万円以下				
	発効年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日			令和 年 月 日							
	有効期限	令和 年 月 日		令和 年 月 日			令和 年 月 日							
備考								常務理事			担当者			

※ 発病又は負傷の原因が業務上又は通勤途中の事故による場合、労災保険からの給付があるため高額療養費現物給付による限度額適用認定の申請は受け付けられません。

※ 本様式に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合により公表の利用目的の範囲内で活用されます。