

## 健康保険 限度額適用認定申請書

**※マイナ保険証(\*2)をお持ちの方は申請が不要です。(限度額適用認定証が無くても限度額が適用されます。)**

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名(サイン)を記載してください  
(従来通りの訂正印も可)

日本無線健康保険組合 御中		受付日付印 <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">                     伺 令和 年 月 日                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">                     常務理事                 </td> <td colspan="3" style="text-align: center;">                     事務長                 </td> <td colspan="4" style="text-align: center;">                     係                 </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="height: 40px;"></td> </tr> </table>											伺 令和 年 月 日										常務理事			事務長			係													
伺 令和 年 月 日																																										
常務理事			事務長			係																																				
令和 × 年 × 月 × 日 提出																																										
被保険者証等	記 号	〇〇〇〇																																								
記号・番号(*1)	番 号	〇〇〇〇																																								
被保険者	氏 名	健保 花子																																								
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭平・令 × 年 × 月 × 日																																								
	住 所(居所)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3																																								
適用対象者	氏 名	健保 花子																																								
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭平・令 × 年 × 月 × 日			被保険者との続柄		本 人																																			
	申請理由	<input type="checkbox"/> にチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証を所持していないため 所持していない理由 (マイナンバーカードの取得手続き中のため )																																								
使用開始月 ※有効期限は1ヵ月単位、3ヵ月間です。		令和 × 年 × 月 から使用																																								
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。 提出先: SATO社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険組合担当部門 (人事・総務/担当者) *健康保険組合ではありません。 提出先については各会社の健康保険担当部門へ お問い合わせください。																																									

(\*1) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書 (R7.12.1までは健証)、④事業所の健康保険担当部門 (人事・総務/担当者) のいずれかでご確認ください。

(\*2) マイナ保険証とはマイナンバーカードに健康保険証の利用登録をしたものです。

**※資格確認書をお持ちの方は、申請が必要です。**

※使用済み・資格喪失・有効期限切れの時はすみやかに事業主へご返却ください。

※医療費が高額療養費に該当の有無は医療機関へお尋ねください。

※認定証の有効期限は3ヵ月間です。1月31日に入院の場合、使用開始月は1月になりますので、ご注意ください。

※認定証の有効期限が切れて引き続き使用したい場合は、再度申請書をご提出ください。

※認定証は窓口での支払金額を軽減するためのものです。すでに医療機関等への医療費支払いを済ませている場合は発行手続きや、高額療養費の申請も不要です。高額療養費に該当する分を自動計算し、お戻しいたします。この手続きには最短で3ヵ月程かかりますのでご了承ください。