

健康保険限度額適用認定申請書

申請日 令和 年 月 日

|                                 |                                                  |               |  |     |                                          |      |                   |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|--|-----|------------------------------------------|------|-------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 健康保険の<br>記号番号                                    | 記号            |  | 会社名 |                                          |      |                   |
|                                 |                                                  | 番号            |  |     |                                          |      |                   |
|                                 | 被保険者                                             | 氏名            |  |     | 男・女                                      | 生年月日 | 昭和 年 月 日<br>平成    |
|                                 | 適用対象者                                            | 氏名            |  |     | 男・女                                      | 生年月日 | 昭和 年 月 日<br>平成 令和 |
|                                 | 被保険者<br>住所                                       | 〒 - TEL ( ) - |  |     |                                          |      |                   |
|                                 | ※省略可<br>医療機関名称<br>住所<br>電話番号                     | 〒 - TEL ( ) - |  |     |                                          |      |                   |
| 発効年月                            | 申請日の翌月以降発効のものを希望される場合にのみ、ご記入ください。<br>(遡っての発効は不可) |               |  |     | 令和 年 月 から有効の認定証希望<br>※発効月の初日に交付し発送いたします。 |      |                   |

【注意事項】

1. 発効年月日は、特に記載がない場合、申請のあった日の属する月の初日となります。  
ただし入社の場合は、資格を取得した日又は被扶養者となった日が発効年月日となります。
2. 「健康保険限度額適用認定証」は、発行後に上に記載された被保険者住所へ郵送いたします。  
医療機関宛や所属部署宛に送付希望の方は当健保まで事前にお知らせください。
3. 標準報酬月額の変更により所得区分の変更があった場合、「健康保険限度額適用認定証」の  
切替えが必要となりますので、健康保険組合より通知があった場合は速やかなご対応をお願いします。
4. 「健康保険限度額適用認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、必ず健康保険組合に返却願います。
5. 有効期限は、原則として発行月から直近の8月末日です。  
それ以降も必要な場合は健康保険組合へ再度申し出てください。
6. 被保険者が自ら署名する場合、被保険者氏名欄の押印は必要ありません。
7. 申請書はダイレクトマーケティングミックス健康保険組合へご提出ください。  
〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく 高額療養費制度における限度額を超える支払いが  
免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

|       |          |      |    |
|-------|----------|------|----|
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 担当 |
| 適用区分  |          |      |    |
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 | 担当   |    |
| 有効期限  | 令和 年 月 日 |      |    |

受 付 印