

決 裁	発行年月日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者
	有効期限	令和 年 月末				
	適用区分	ア・イ・ウ・エ				

期限が過ぎた場合、また期限内でも必要でなくなった場合は、健保へお戻しください。

**記入例** 健康保険限度額適用認定申請書

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。

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被保険者等の記号番号		記号	6	3	番号 (左つめ)	1	2	3	1	2	3	1			
被保険者	氏名	山田 太郎				事業所	名称						リケンNPR様		
	生年月日	昭和	51	年	12		月	18	日	平成	所在地				
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名					被保険者との続柄									
	生年月日	昭和		年		月		日	令和	性別		男・女			
被保険者(認定証交付対象者)の住所		〒 360 - 8555 熊谷市高柳800-10													
療養予定期間 <small>記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。</small>		令和 8 年 4 月 ~ 令和 8 年 5 月													

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。  
←番号は左詰めでご記入ください。

←対象が被扶養者の場合は、こちらに被扶養者の氏名・続柄・生年月日・性別をご記入ください。

←療養予定期間をご記入ください。記載がない場合は、受付した月の1日から1年間となります。  
←療養予定期間が過ぎた場合、自動更新はされないため、再度、申請手続きをして新しい認定証を取得する必要があります。

<被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。>

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
申請代行者の住所		〒 - TEL ( )		
送付先の住所				
申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他 ( )			

令和 8 年 4 月 2 日

受付年月日

←申請月の1日から適用になります。