

健康保険  
限度額適用認定証交付申請書70歳未満の  
上位所得者・  
一般所得者用

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
| 記入例  |     |     |

【提出先】 東り健康保険組合

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。

|  |                  |                                    |      |     |      |          |             |   |    |   |   |   |
|--|------------------|------------------------------------|------|-----|------|----------|-------------|---|----|---|---|---|
| 被保険者情報   | 被保険者証の           | 記号                                 | 1234 | 番号  | 5678 | 事業所・所属部署 | 〇〇株式会社〇〇営業所 |   |    |   |   |   |
|  | 氏名               | 健保 太郎                              |      |     |      | 生年月日     | 1985        | 年 | 12 | 月 | 1 | 日 |
|  | 住所               | (〒 111 - 1111 )<br>〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6 |      |     |      |          |             |   |    |   |   |   |
|  | 電話番号<br>(日中の連絡先) | 012                                | (    | 234 | )    | 5678     |             |   |    |   |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) |                  |                                    |      |     |      |          |             |   |    |   |   |   |

|        |                                  |   |      |   |   |  |  |  |  |  |  |
|--------|----------------------------------|---|------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 認定対象者  | 療養を受ける方                          | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者<br><input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) → | 氏名   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|        |                                  |   | 生年月日 | 年 | 月 | 日  |  |  |  |  |  |
|        | 医療機関名<br>(病院・調剤薬局等)              | 〇〇総合病院  |      |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 使用予定期間 | 2024 年 2 月 1 日 ~ 2024 年 7 月 31 日 |   |      |   |   | 使用可能期間は使用開始月の1日から6か月間となります。6か月を超過する場合は再度申請をお願いします。 |  |  |  |  |  |

|     |   |                  |        |    |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---|------------------|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 送付先 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者所属部署<br><input type="checkbox"/> 上記以外 → | 住所               | (〒 - ) |    |  |  |  |  |  |  |  |
|     | ※ 原則、病院への送付はできません   | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( )    | 宛名 |  |  |  |  |  |  |  |

|      |                |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----------------|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 確認事項 | 業務中のけがですか？     | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 第三者行為によるものですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | ※ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 【代理人が申請する場合のみ記入】

|       |                  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|-------|------------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|
| 申請代行者 | 氏名               |  |  |  |  | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |
|       | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( )  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|       | 申請代行の理由          | <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |  |          |  |  |  |  |  |

## 被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。  
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

受付印