

健 保 使 用 欄	交付年月日	年 月 日	送付先	常務理事	事 務 長		担 当 者
	発効年月日	年 月 日	☐ 自宅 ☐ 事業所 ☐ その他				
	限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ					

★申請する前にお読みください。

マイナ保険証（健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード）をお持ちでない方のみ申請できます。

マイナ保険証を使用すれば、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、ぜひマイナ保険証をご利用ください。

☐	以上を確認したうえで、紙の「限度額適用認定証」を申請します。	令和 年 月 日
--------------------------	--------------------------------	----------

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号・番号	記号	番号	会 社 名		
	被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成
	住 所	「限度額適用認定証」は、住所欄に記入された被保険者住所へ健康保険組合から郵送します。 ※会社宛送付を希望される場合は、下記「希望送付先」欄の会社宛に✓をつけてください。				
	TEL(日中の連絡先)	TEL - -				
	療養を受ける方の氏名 (被保険者の場合は記入の必要はありません)		続柄	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和	
	療養予定期間 (認定証が必要な期間)	令和 年 月 から 令和 年 月				※原則、有効期限は当組合で申請を受付けた月の1日から1年間となります。月途中で資格取得した場合は資格取得日から有効となります。
	療養の原因	☐ 病気 ☐ ケガ ☐ 出産				
	療養の原因が「ケガ」の場合はご記入ください	・負傷原因 [] ・傷病の原因は第三者の行為（交通事故・けんかなど）によるものですか ☐ はい ☐ いいえ ・傷病の原因は、業務上または通勤途上によるものですか ☐ はい ☐ いいえ				
確認欄（✓をつけてください）	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					
☐						

希 望 送 付 先	会社宛の送付を希望	☐ 本社健康保険担当者宛の送付を希望します。
	被保険者が入院中である場合など、やむを得ない事情により送付先を指定する場合はご記入ください。	
	住 所	〒 - -
	TEL(日中の連絡先)	- -
宛 名	(病院名など) ※病院への送付を希望される場合は、事前に必ず病院の了解を得てください。	

2024.12

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

※交付された限度額適用認定証は、有効期限に達したとき、資格を喪失したときは事業所または健康保険組合へ必ずご返却ください。

※有効期限が過ぎた後も認定証が必要な場合は新たに申請書をご提出ください。申請の際は期限切れの認定証を返却してください。

※業務上や通勤途中で発生した傷病の場合はマイナ保険証・資格確認書・限度額認定証を使用できません。（労災保険の適用となります。）

※交通事故などの第三者による行為が原因の傷病の場合は、申請前に静岡鉄道健康保険組合までご連絡ください。 TEL 054-275-2171

※被保険者が住民税非課税世帯の場合は、被保険者の非課税証明書を添付してください。