被保険者
家　族　　健康保険　**限度額適用認定申請書**

起案	年　月　日	常務理事	事務長	係　長	係　員
決裁	年　月　日				

標準報酬月額	千円	取得	年　月　日
限度額該当区分	ア・イ・ウ・エ・Ⅰ・Ⅱ	喪失	年　月　日
認定証有効期間	年　月　日～　年　月　日	交付日	年　月　日

被保険者記入欄								
保険証	記号		事業所	名称				
	番号			所在地				
被保険者	氏名			生年月日	年　月　日			
適用対象者	氏名		生年月日	年　月　日		続柄		
						性別	男・女	
	住所	〒　－						
認定証送付先	住所	〒　－						
認定証必要期間	年　月　日～　年　月　日（予定）							
備考欄								

上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。

年　月　日

〒　－

被保険者の 住所

氏名　　㊞

愛知紙商健康保険組合　殿　　TEL（　）　－

1. この届出は、入院等に係る高額療養費の支払の特例申請となります。太枠線内は、漏れのないように記入・捺印してください。
2. 認定証は被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
3. 保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
4. 下記に該当の場合は必ず認定証を健保組合に返戻してください。
   ア．短期入院の方は、退院後に必要なくなったとき。
   イ．被保険者が退職（資格喪失）したとき。
   ウ．適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
   エ．認定証の有効期限に達したとき。
   オ．適用対象者が後期高齢者医療制度の対象（被保険者）となったとき。

付　年　月
受　　日

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。