令和6年12月～令和7年11月末発行用

健康保険 限度額適用認定申請書

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

マイナ保険証をお持ちであれば、限度額適用認定証の申請は不要です。

＊マイナ保険証を利用すれば、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。

＊マイナンバー情報連携にてマイナ保険証の保有状況を確認し、保有している事が確認できた場合限度額認定証は発行できません。

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	記号		番号		
事業所	会社名称		所属部署	従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ記入
氏名	（フリガナ）		確認欄 □	この届出について以下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記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
生年月日	□昭和 □平成　年　月　日		電話番号（日中連絡の取れる連絡先）	TEL　（　）	
住所	（〒　－　） 都 道 府 県				

認定対象者情報

療養を受ける方	□ 被保険者　□ 家族（被扶養者）		
家族の場合はその方の氏名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日

以下療養を受ける方がマイナ保険証を保有していない為申請、 該当理由に☑し該当箇所を記入	認定証の有効期限
交付理由 マイナンバーカードを □ 紛失　□ 更新中　（手続日：　年　月　日） □ マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある □ 電子証明書の有効期限切れ　（手続予定日：　年　月　日） □ 取得していない　➡取得予定　□あり　□なし【理由：　】 □ 保険証利用登録をしていない ➡登録予定　□あり　□なし【理由：　】 □ 利用登録を解除した 【理由：　】（解除日：　年　月　日） □ 返納した　【理由：　】（返納日：　年　月　日）	令和7年11月30日 内容確認させていただく為発行にお時間を要します。

発症の原因は外傷性のケガですか	□ はい □ いいえ ➡ 「はい」と答えた場合、「負傷原因届」を併せてご提出ください。
認定証使用（予定）開始日	令和　年　月　日　～
使用理由	例）入院（手術）の予定があるため　等
認定証の受取方法	□ 事業主経由で送付 □ 被保険者（申請者）情報記載住所に郵送

＜注意事項＞

■本申請書による認定証の有効期限は原則、本申請書を 日野健保が受付した月の1日から令和7年11月30日迄 です。
また、受付月の1日より前に遡及はできません。

■資格を喪失した場合や、有効期限に達したとき等 使用後は速やかに返却してください。

■標準報酬月額の変更により適用区分が変わる場合、高額療養費の自己負担限度額が変わるため認定証の差替えが必要になる場合があります。

■非課税の場合、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」の申請書での申請が必要です。

■マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

受付日付印

マイナ保険証保有状況		
確認日	確認方法	確認者
/	□ 随時連携 □ 月次データ □ 資格確認書発行（済）	

⇨

判定

□保有なし ➡ 発行手続き

□保有ありだが発行　□紛失　□更新中

有効期限　～ R7.11.30　適用区分

□保有あり ➡ マイナ保険証の保有が確認できたため限度額適用認定申請書を返却いたします。

日野自動車健康保険組合

R7.2改訂