

← 再交付を希望する場合は、現在お持ちの限度額適用認定証をホチキスで止め、提出して下さい

常務理事	事務長	担当

# 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

被保険者(申請者)記入用

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。  
(※) 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

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(申請者)情報	保険証	記号	番号			
	事業所	会社名称	所属部署	従業員番号	<small>※事業主から指示があった場合のみ記入</small>	
	氏名	(フリガナ)	確認欄	<input type="checkbox"/> この届出については以下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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	
住所	(〒 - )	都道府県				
認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要はありません。)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	認定証利用開始月	令和	年	月	～	
	発症の原因は外傷性のケガですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 ( <input type="checkbox"/> 期間延長 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )				
備考欄						

## 《注意事項》

**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日から半年間となります。  
また、受付月の1日より前に遡及はできません。**

- ◇再交付を希望する場合は、現在お持ちの認定証を申請書左上にホチキス止めし、提出をお願い致します。
- ◇認定証を紛失した場合は、「健康保険限度額適用認定証滅失届」を提出して下さい。
- ※日野自動車健康保険組合のホームページよりダウンロードが可能です。

被保険者のマイナンバー記載欄 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

お問い合わせ先

日野自動車健康保険組合  
〒191-8660 東京都日野市日野台3-1-1  
外線 : 042-586-5941(内線 : 8-1-5941)  
FAX : 042-586-5133

健保組合使用欄

有効期限

～

適用区分

備考

受付日付印