

↙ 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

## 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 險 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)			
	家族の場合は その方の氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	生年月日	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					
	マイナンバーカードを					
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 更新中	(手続日: 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> 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					
	<input type="checkbox"/> 電子証明書の有効期限切れ	(手続予定日: 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> 取得していない →取得予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし【理由: .....】					
<input type="checkbox"/> 保険証利用登録をしていない →登録予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし【理由: .....】						
<input type="checkbox"/> 利用登録を解除した 【理由: .....】 (解除日: 年 月 日)						
<input type="checkbox"/> 返納した 【理由: .....】 (返納日: 年 月 日)						
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。			
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	<input type="checkbox"/> 事業主経由で送付 <input type="checkbox"/> 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8年3月31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に  
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

