

## 健康保険 限度額適用認定申請書

|   |             |              |   |        |     |
|---|-------------|--------------|---|--------|-----|
| 被保険者の記入欄  | 被保険者証の記号・番号 | —            | 事業所名  |        |     |
|   | 被保険者        | 氏名           |   | 生年月日   |     |
|   |             |              |   | 年      | 月 日 |
|   |             | 住所           |   |        |     |
|   |             | 〒 —          |   | 電話 ( ) |     |
|   | 交付希望者       | 氏名           |   | 生年月日   |     |
|   |             |              |   | 年      | 月 日 |
|   |             | 被保険者との続柄     | 第三者行為（交通事故など）によるものですか   |        |     |
|   |             |              | <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span> はいの場合は、事前に三井健保（03-3243-1406）までご連絡ください。 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> |        |     |
|   |             | 申請期間（療養予定期間） |   |        |     |
| 年 月 から  |             | 年 月          |   |        |     |
| <p><b>【注意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請月の1日から最長で1年間まで申請可能です。<br/>                     &lt;例&gt; 令和3年11月～令和4年10月</li> <li>・ 発効日は、三井健保が申請書を受理した月より前には遡りません。</li> <li>・ 医療機関等でお支払いが済んでいない期間をご申請ください。</li> <li>・ 申請書は申請期間（療養予定期間）の1ヶ月前から受け付けます。</li> </ul> |             |              |   |        |     |
| 備考欄   |             |              |   |        |     |

被保険者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。  
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄

- ◆ **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。**
- ◆ 限度額適用認定証は、被保険者が所属する事業所宛に送付いたします。
- ◆ 退職して任継継続している方は、ご登録の住所宛に簡易書留で送付いたします。
- ◆ 年月日は元号でご記入ください。

|         |   |  |  |       |
|---------|---|--|--|-------|
| 事業主の記入欄 | 上記のとおり申請がありましたので、記入内容に誤りがないことを確認のうえ提出します。 |  |  | 年 月 日 |
|         | 事業所の所在地                                   |  |  |       |
|         | 名 称                                       |  |  |       |
|         | 事業主氏名                                     |  |  |       |

|       |                |     |    |     |          |    |       |
|-------|----------------|-----|----|-----|----------|----|-------|
| 健保使用欄 | 常務理事           | 事務長 | 課長 | 給付課 | 標準報酬月額   | 区分 | 発議日   |
|       |                |     |    |     | 83万円以上   | ア  | 年 月 日 |
|       |                |     |    |     | 53万～79万円 | イ  | 年 月 日 |
|       | 被保険者の標準報酬月額 千円 |     |    |     | 28万～50万円 | ウ  | 有効期限  |
|       |                |     |    |     | 26万円以下   | エ  |       |