

健康保険限度額適用認定証交付申請書

マイナ保険証に対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
 便利なマイナ保険証をぜひご利用ください。

以下のとおり、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 等	区分	記号	番号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日	性別	事業所・所属部・連絡先 (任継・特例被保険者は記入不要)	
	一般			(昭・平 年 月 日生)	男	事業所	
	任継	9000			女	所属部	
特例	9500		連絡先 TEL				
適用対象者 (いずれかに○)		1. 本人		被扶養者の場合、対象者の氏名・生年月日	性別	被保険者との続柄	
		2. 被扶養者		(昭・平・令 年 月 日生)	男・女		
申請理由 (いずれかに○)				1. 新規 2. 更新(有効期限到来・適用区分変更・氏名変更・その他変更) 3. 再交付(滅失のため)			
休務・入院開始(予定)年月日 (新規申請の場合に記入)				令和 年 月 日 ※外来診療で使用される方は次回、受診予定年月日を記入してください。			
送 付 先	一般被保険者(現役の方) (いずれかに○)			1. 勤務先 (原則、事業所の総務担当経由で送付(農中本店の方は各部被保険者本人あてに送付)いたします。 2. 勤務先以外 (理由) a. 被保険者本人が休務・入院中のため b. 適用対象者が被扶養者で被保険者と住所が異なるため c. その他 () <small>(勤務先以外の方は送付先を以下に記入してください。)</small>			
	一般被保険者で勤務先以外に送付を希望する方			※送付先住所を記入してください。限度額適用認定証は簡易書留郵便で送付いたします。 住所： 〒 -			
	任継・特例被保険者の方			宛名： (TEL - -)			

- (注) 1. この申請は適用対象者ごとに行ってください。
 2. 現役の方は、申請理由が新規の場合は健康保険組合へ直接、更新・再交付の場合は事業所の総務担当経由で提出してください。
 更新・再交付の場合は、限度額適用認定証の送付についても、原則、事業所の総務担当経由となります。
 3. 住民税が非課税の方は、別様式に記入いただくこととなります。当健保にご連絡ください。
 4. 被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合には、備考欄に記載してください。
 (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

(健康保険組合使用欄)

標準報酬月額	千円	適用区分			
		標準報酬月額 830千円以上	ア		
		標準報酬月額 530千円 ~ 790千円	イ		
		標準報酬月額 280千円 ~ 500千円	ウ		
		標準報酬月額 260千円以下	エ		
受付日	交付日	回収日	常務理事	事務長	係