

**ご申請の前にご確認ください。（記入例は2ページ目となります。）**

**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。**

- ※マイナンバーカードを保険証として利用するには、マイナポータル等での事前登録が必要です。
- ※オンライン資格確認未導入の医療機関等では、引き続き限度額適用認定証の提出が必要になります。
- ※マイナ保険証の利用であっても、被保険者が住民税非課税の場合は、別途手続きが必要です。  
申請方法については健康保険組合へお問い合わせください。

★マイナ保険証についてはこちらを確認ください。

厚生労働省ホームページ「マイナンバーカードの健康保険証利用について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08277.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html)



**使ってみよう！  
マイナ保険証**

健保組合記入欄	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ

常務理事	事務長	係

※ 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。

## 健康保険限度額適用認定申請書

/ 記号・番号を記入した場合は記入不要です

被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナナンバーを記入してください			
	99	1000				
被保険者氏名	健保 太郎		事業所名	〇〇〇株式会社		
証交付対象者	健保 花子		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 50 年 10 月 20 日生 <input type="checkbox"/> 令和		
			続柄	妻		
証交付対象者住所	〒 141 - 0032 住所： 東京都品川区大崎〇—〇—〇 Tel： 03-5470-〇〇〇〇					
交付期間 ※入院予定期間等	令和 6 年 12 月 20 日 ~ 令和 7 年 1 月 10 日					

送付希望先	※上記証交付対象者住所に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
送付先住所	〒 - 住所： Tel：					
送付先宛名						

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 6 年 12 月 10 日

該当する場合のみ記入してください

## 注意事項

- ・証交付対象者住所へ健康保険限度額適用認定証を送付いたします。別の送付先をご希望の場合は、送付希望先の欄にご記入ください。
- ・医療機関にかかる際に窓口へご提示ください。
- ・有効期限が切れた健康保険限度額適用認定証は、健康保険組合へご返却ください。