

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。

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください)

- ※1 この申請により交付される「限度額適用・標準負担額減額認定証」は、健康保険証等と一緒に医療機関等へ必ず提示してください。提示が遅れた場合は窓口での現物給付を受けられません。
- ※2 前年8月1日から当年7月31日に対しては、前年の非課税の証明を添付して下さい
- 当年8月1日から翌年7月31日に対しては、当年の非課税の証明を添付して下さい

被 保 険 者 情 報	事業所記号	被保険者整理番号	事業所名称	
	保険証等 記号・番号			
	氏名	(フリガナ)		生年月日
				○ 昭和 ○ 平成 年 月 日

適 用 対 象 者	氏名	(フリガナ)	生年月日	
			○ 昭和 ○ 令和 年 月 日 ○ 平成	
	傷病の 原因	原因	原因が負傷の理由	被保険者との続柄
	○ 病気 ○ 負傷 ○ 出産	○ 単独事故 ○ 労災 ○ 相手がいる場合 ○ 傷害 ○ その他 ()		
該当予定 年月	3か月以上の期間が必要な場合は有効期限後に再度申請してください。			
	令和 年 月 から3か月間使用します			

「 認 定 証 」 送 付 希 望 先	送付先 住所	〒 - ※都道府県から記入してください	
	宛名	※病院宛の場合は、病棟・部屋番号まで記入してください	
	速達	□ 希望する	
	TEL	- -	
	対象者との続柄 (申請代行の場合のみ)		

ここから健康保険組合使用欄のため記入しないでください。

受 付 印

発行年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
区 分	【 】			