健康保険限度額適用認定申請書

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。
本手続き（限度額適用認定申請）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。

≪以下の太枠内についてご記入下さい≫

被保険者証の記号番号	記号	番号

※被保険者で非課税の方は
非課税証明書の添付をお願いします。

被保険者	氏名		勤務先	
	生年月日	年　月　日	所在地	

認定証交付対象者 （被保険者の場合は記入の必要がありません。）	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	年　月　日	性別	男　・　女
認定証交付対象者の住所	〒			
交付必要期間 ※入院（または通院）予定期間等をご記入下さい	年　月　日　～　年　月　日			
認定証の送付先	〒			

※　定証の送付先は、原則ご自宅としますが、勤務先でも可とします。

≪被保険者・認定証交付対象者以外の方が申請する場合は、以下の太枠もご記入・押印下さい≫

申請代行者	氏　名	印	被保険者との関係	
申請代行者のご連絡先				
申請代行の理由	1　被保険者本人が入院中で外出できないため 2　その他（　　）			

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。
（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、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	

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

【センコー健康保険組合　処理欄】

決　裁			
常務理事	事務長	担当者	担当者

処理結果	
発行年月日	年　月　日
有効期限	年　月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ