マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、医療機関 での窓口負担を、高額療養費制度の限度額までにおさえる ことができるので、この申請は不要です。 ぜひマイナ保険証を利用してください。

*健保記人欄									
常務理事	F	事	務長	担当者	担当者				
有効期限	令	·和	年	月	日から				
有刈荆阺	令	·和	年	月	日まで				

健康保険 限度額適用認定申請書

太枠内を記入く	ださし	`						4	令和	年		月	日
被保険者記記号・番号				Infli	事業所	Ĵ	大阪本	社	東京	京本社	· ì	艮職済	
被保険者	氏名						生年月日	昭和平成		年	ļ	∄	П
適用対象者 被保険者の場合は 記入不要	氏名				被保険者	との続柄	生年月日	昭和 平成 令和		年	ļ	1	
被保険者の信	主所	〒 −		日中の	のご連絡	各先	()		_		
= P	忍定証:	送付先	住所	₸		_							
	のみ記	の送付先を 入してください。 いては、受け取り	事業所名 所在地 部署名等 一			TEL	()		_		
についてあらかじめ病院の方に 相談してください。		受取人氏名						被保険	者との関係	系			
認定証が 必要となるE		年	月	Н	^{診療} 分院	より必	要	請考欄					

原則、申請書受付月よりまえの月の限度額適用認定証の交付はできません。 さかのぼって申請する場合は医療機関にその旨を申し出ていただき、 了承を得た上で交付させていただきますので、確認された医療機関の方の お名前と医療機関名を「備考欄」に記入してください。

※被保険者が	が入院中等によ	り代理者が申請する場合は記入して	てください
	7 7 1 7 1 7 1 7 1 7 7 7	7 1 4 工 日 1 日 1 日 7 日 7 日 1 日 1 日 1 日 7 日 7	

<u> </u>									
代理者	氏名				被保険者との関係		(例)	事業所担当者、家族など	
	生年月日	昭和 平成	月	日	連絡先	()	_	

次の注意事項をよく読んで申請してください

1 認定証の発効年月日(有効期間の初日)は、当組合で受付した日の属する月の初日となります。

- ただし、申請のあった月に資格取得、又は被扶養者となった場合は、その資格取得日、又は扶養認定日となります。 2 有効期限は、発効年月日の次に到来する8月31日、又は資格を喪失する日の前日(任継の場合など)までです。
- 3 有効期限が過ぎ、引き続き認定証が必要な場合は、9月に申請書を提出してください。
- 4 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

◆提出先・照会先 JAST健康保険組合

受付年月日