

常務理事	事務長	課長	主任	担当者

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者等記号番号		—	提出年月日		年 月 日
被保険者 (社員の方)	氏名		事業所 (勤務先)	名称	
	生年月日	昭平 令 年 月 日		住所	
適用対象者 (受診する方)	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭平 令 年 月 日			
被保険者（適用対象者）の 住所・電話番号		〒 TEL			
入院（予定）日 (外来の場合は未記入)		年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 未定			
負傷の原因 (ケガのときのみ記入して下さい)		1. 業務上    2. 通勤途上    3. 第三者行為    4. その他 具体的に			
医療機関名					
医療機関の住所		TEL			
希望送付先 (○を付けてください)		1. 事業所（社内メール便）    ・    2. 自宅（郵送）			

※被保険者本人（社員ご本人）が低所得者（市区町村民税非課税者）の場合は、「非課税証明書」を添付してください。  
 （前年8月診療分～当年7月診療分→前年度の非課税証明書・当年8月診療分～翌年7月診療分→当年度の非課税証明書）  
 上記のとおり健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付を申請します。

マイナンバーカードを保険証として利用する【マイナ保険証】の手続きはお済みですか？  
 【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。（保険診療分のみ）  
 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。