

マイナ保険証を利用される方は
こちらの申請は不要です。

常務	事務長		担当

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

下記の通り申請致します。

申請日： 令和 年 月 日

被保険者 (本人)	フリガナ			健康保険証の記号・番号 (または個人番号)
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	所属 部署	
	住所 連絡先	〒 ()		
療養を 受ける方	※療養を受ける方が被保険者本人の場合は記入不要です。			
	フリガナ	被保険者との続柄		
	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
療養の内容				
交付希望期間 (療養予定年月)	(自) 令和 年 月 から (至) 令和 年 月 まで			
	※期間の終了年月に記載がない場合、開始月から3か月間有効となる限度額適用認定証を発行します。 ※限度額適用認定証の発効(交付)最長期間は、開始日より1年間です。			
送付希望先	※上記被保険者住所と異なる場所へ送付を希望される場合のみ記入して下さい。(店舗の場合は店舗名を記入)			
	〒 ()			
申請代行者欄	※被保険者以外の方が申請する場合、ご記入下さい。			
	氏名		被保険者との 関係	
	連絡先			
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他()		

【注意事項】

- ・使用しなくなった・有効期限が切れた証は破棄せず、マルハン健康保険組合までご返却ください。
- ・第三者行為や外傷性の傷病で使用される場合、事前にマルハン健康保険組合へご連絡ください。
- ・被保険者が住民税非課税の場合「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にてご申請ください。

受付日付印

マイナ保険証(健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカード)を利用すると
医療機関等で限度額の情報が確認できます。
これにより、本書での限度額適用認定証の交付申請手続きが不要になります。

(参照リンク) https://myna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html

マルハン健康保険組合

【健保使用欄】

区分	ア・イ・ウ・エ ()	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	現役並み所得 I・II		