

調査役	課長代理	係長	係長	主任	係

処 理 結 果	
発 効 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 末
適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ / I・II

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

マイナ保険証で受診すると、限度額適用認定証がなくても、本人が同意すれば高額療養費制度に基づき限度額を超える医療費の立替払いが不要となります。健保組合への手続きは必要ありません。**マイナ保険証**をぜひご利用ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号
	フリガナ	生 年 月 日	
	氏 名	昭和 平成	年 月 日
	住 所 電 話 番 号 (日中の連絡先)	〒 - 都 道 府 県	TEL ()

受 け る 方 療 養 を	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。		
	フリガナ	生 年 月 日	
氏 名	昭和 平成 令和	年 月 日	

認 定 証 の 送 付 先	上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に認定証の送付を希望する場合のみご記入ください。			
	* 会社宛の場合は社名・部署名等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 医療機関宛の場合は事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名・病棟・病室番号等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 個人宅宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合のみ、必ず（様方）をご記入ください。			
	住 所 電 話 番 号 (日中の連絡先)	〒 - 都 道 府 県	TEL ()	
	社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等	宛名 (個人名)	(様方)	様

申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。「その他」にチェックする場合、カッコ内は必須です。 事業所や社会保険労務士事務所の方が申請代行する場合、氏名欄は「事業所名 or 事務所名」+「フルネーム」を記入してください。			
	氏 名	被保険者との 関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (())	
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL ()	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 (())

当組合が 申請書を受付した月の1日から1年間 有効な認定証を交付します。

- * 受付月の初日より前に遡ることはできません。
- * 受付月途中に取得・認定の場合はその日からの発効となります。
- * 期間中に70歳に到達される方・任意継続被保険者期間満了となる方は1年間未満の有効期間となります。

受 付 日 付 印

〔備考〕
被保険者等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、備考欄へ記入してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請先

〒169-8516 東京都新宿区百人町2-27-6
関東ITソフトウェア健康保険組合 審査課 宛

関東ITソフトウェア健康保険組合
令和8年4月改訂