※マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）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。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。

限度額適用認定 申請書

限

入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報

被保険者	記号（左づめ）	番号（左づめ）
	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日
氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。	
氏名		
郵便番号（ハイフン除く）		電話番号（左づめハイフン除く）
住所	都 道 府 県	

認定対象者欄

氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日

送付希望先欄

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。

郵便番号（ハイフン除く）	電話番号（左づめハイフン除く）
住所	都 道 府 県
宛名	

申請代行者欄

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名		被保険者との関係	
電話番号（左づめハイフン除く）		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（　　）

備考	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

健保記入欄

交付年月日	年　月　日	常務理事	事務長	
発送日	年　月　日			
発効年月日	年　月　日	担当	担当	
有効期限	年　月　日			
適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ			

受付日付印

（2024.04）

日清食品グループ健康保険組合