

伺	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
い						

健康保険限度額適用認定申請書

マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）の登録はお済みでしょうか？

登録済の方は、マイナ保険証を使用して受診して頂く事で、限度額適用認定証の事前申請及び医療機関窓口での提示は不要となります。マイナ保険証をご利用ください。

マイナ保険証の登録をされていない方等で、交付を希望される方につきましては、下記項目をご記入頂き、申請してください。



被保険者証 記号・番号	—					
被 保 険 者	氏名			事業 所	名 称	
	生年 月 日	昭・平・令 年 月 日	所在地			
適用対象者	氏名			被保険者 との続柄		
	生年 月 日	昭・平・令 年 月 日	マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）登録はされましたか？		はい ・ いいえ	
適用対象者の住所						
適用対象者は市区町村の右記医療費助成制度の対象となっていますか？		1. 重度障害者(児)医療費助成制度 2. 母(父)子家庭医療費助成制度 3. 1、2の対象ではない				
被保険者の住民税課税状況 ※3		課税されている ・ 課税されていない				

※【注意事項】

- 認定証有効期限は本申請書を健保組合が受付した月の初日から8月末日までとなります。
- 第三者行為（交通事故・けんか等）の場合は、事前に健保組合へご連絡ください。（TEL054-282-2336）
- 4月～7月診療分については前年度の課税状況、8月～翌年3月診療分については当年度の課税状況をご確認ください。
（被保険者が住民税非課税の場合は、本申請書ではなく、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。）
- 市区町村の医療費助成制度の対象者は、当健保組合の付加給付が調整される可能性があります。

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。

年 月 日

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、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。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕