標準報酬月額	適　用　区　分	常務理事	事務長	部　　長	課　　長	担当者
千円	ア・イ・ウ・エ Ⅰ・Ⅱ					
令和　　年　　月　　日						

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者の記号・番号	・		
被保険者氏名			
生　年　月　日	昭和　・　平成　　年　　月　　日		
住　　所※	〒		
適用対象者氏名		続　柄	
生　年　月　日	昭和　・　平成・　令和　　年　　月　　日		
住　　所	〒		
備　　考			

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

・被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを下記の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。）

備考欄	

マイナ保険証を利用すれば、「限度額適用認定証」の発行手続きは不要で、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。

【注　意】

・被保険者が市町村民税非課税者等である場合は**「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定書」**の申請が必要となります。

・標準報酬月額の変更により、適用区分が変更となる場合は**「健康保険限度額認定証適用区分変更届」**を提出してください。

・マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。

※**「限度額認定証」**は被保険者の自宅宛に郵送いたします。自宅以外（例：勤務先の事業所、病院等）に送付を希望される場合はその旨お申出ください。

神戸機械金属健康保険組合