

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続き無く、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。
マイナ保険証を持っている（マイナンバーカードに健康保険資格情報を登録している）方には、正当な理由がない限り、限度額適用認定証は交付されません。マイナ保険証を利用ください。

健保組合確認欄				
常務理事	事務長		担当	担当

健康保険 限度額適用認定 申請書

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号	番号(右詰め)	被保険者の生年月日
	被保険者証 記号・番号		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	(フリガナ)		
	被保険者氏名		
住所	(〒 -)	東京都	都道府県
電話番号 (日中の連絡先)			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) (フリガナ) (続柄:)	被扶養者の生年月日 (療養を受ける方が被扶養者のとき記入) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	マイナ保険証の 有・無 (記載必須)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	マイナ保険証【有】の場合における申請理由(※正当な理由が無い限り「限度額適用認定証」は、発行されません。)
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	※記載が無い場合有効期限は、受付した月の1日から直後の8月31日迄となります。

希 望 送 付 先	原則、送付先は所属事業所宛となります。事業所以外に送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	(〒 -)	都道府県
	電話番号 (日中の連絡先)		
	宛名		

申 請 代 行 者	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		被保険者との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できない為 <input type="checkbox"/> その他
	電話番号 (日中の連絡先)		()

※ 所属事業所経由にて申請をお願い致します。(任意継続被保険者を除く)

事 業 所 欄	事業所名	
	所在地	
	電話番号	

健保組合受付日付印