

【提出先】 直接カネカ健康保険組合へ（株式会社カネカ 大阪本社内）
〒530-8288 大阪市北区中之島2-3-18
※メール添付不可です。原紙を提出してください

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、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。

被 保 険 者	保 険 証 記 号		番 号		事 業 所 名	
	氏 名				所 属	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	日中の連絡先
	住 所	〒				
認 定 証 適 用 対 象 者 (療養を受ける方)	氏 名				生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	続 柄	※子の場合は、 [長男][長女]等を 明記してください	認 定 証 必 要 開 始 月	令和	年	月 日 まで
			【更新の場合】 お持ちの認定証の有効期限	令和	年	月 日 まで
認 定 証 送 付 先	送 付 先	<input type="checkbox"/> ①被保険者の住所 <input type="checkbox"/> ②職場(勤務先) <input type="checkbox"/> ③入院先医療機関(受取可能であることを確認してください) <input type="checkbox"/> ④その他				②③④の場合、確実に受取りができる宛先を下記に記入してください(社内便の場合はその旨記入) ※返信用封筒を同封いただける方は記入省略可
	住 所	〒				<input type="checkbox"/> 社内便で送付希望 ※希望する場合は✓を付け、被保険者の所属欄に事業場・部署名を正しく記入してください
	電 話 番 号					
	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

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申 請 代 行 者	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 ()
	日中の連絡先		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 ()

※被保険者との続柄が確認できない場合は、別途、委任状等をお願いする場合があります。

被保険者証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、備考欄へ記載してください。
(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	
<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 ✓)	

令和 年 月 日

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

※「限度額適用認定証」の発効日は、健保組合が申請書を受け付けた月の初日になります。

※受付月の初日より前にさかのぼって申請はできません。

※「限度額適用認定証」の有効期限は、最長1年間です。有効期限に達したときは認定証は必ず返却してください。

又、有効期限にかかわらず、被保険者及び被扶養者の資格を喪失したとき、認定証が不要になったときは速やかに返却してください。

【健康保険組合記入欄】

発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
適用区分				
交付日	令和	年	月	日
回収日	令和	年	月	日