

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被保険者（申請者）記入用

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、限度額を適用することが出来ます。この限度額適用認定申請書の申請が不要となりますので、マイナ保険証をご利用ください。

下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。 申請日 年 月 日

医療機関や調剤薬局の窓口で「資格確認書」と「限度額適用認定証」を提示することにより、窓口で支払う高額な医療費の自己負担額が、総医療費の3割（就学前・70歳以上を除いた場合）ではなく、法定自己負担限度額までにおさえることが出来ます。（詳細はホームページ）

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号（マイナンバー）を記入してください									
	氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和										

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方の氏名 (被保険者の場合は記入不要)	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和									
	療養開始予定日 (高額な医療費となる診療開始月)	年 月 ~	続柄									

希望送付先を選択して○をつけてください。また重要便で送付希望の場合は送り先を必ずご記入ください。

希 望 送 付 先	1. 重要便で送付希望	2. 郵便(簡易書留)で送付希望
	便の宛先を記入	郵送の場合は被保険者の登録住所へ送付します ※入院中で受取れない場合は要相談 ※認定対象者が被保険者と別居の場合は認定対象者の登録住所へ送付します
	日中の連絡先 TEL ()	日中の連絡先 TEL ()

「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。

申 請 代 行 者 欄	氏名	被保険者との関係
	電話番号 (日中の連絡先)	申請 代行 理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()

- 【注意事項】**
1. 高額な医療費がかかる見込みのある方のみ申請してください。
 2. 健保組合に届いた月の1日が適用開始日となります。
 3. 交付された「限度額適用認定証」は、高額な医療費がかからなくなった・有効期限を過ぎた・資格を喪失したときは返却してください。

先発医薬品に変えてジェネリック医薬品を使用すると、医療費が安くなります。

※提出方法：社内便もしくは郵送
郵送の宛先→〒541-0046 大阪市中央区平野町4丁目1番2号 大阪ガス健康保険組合 宛

健康保険組合記入欄 (適用区分)	大阪瓦斯健康保険組合	健保受付日付印
ア ・ イ ・ ウ ・ エ		