〒734-0064 広島市南区小磯1番1号
(ポスト番号 D55)
マツダ健康保険組合 行

**☆マイナ保険証☆**
マイナンバーカードを健康保険証として登録済であれば、こちら「限度額適用認定証」の申請は不要です。(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**をぜひご利用ください。

# 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

(この申請書を提出しない場合も自己負担限度額を超えた部分は自動的に判定され、後日払い戻しされます。)
**※70歳以上の方**で保険証に**2割**と記載されている方は申請不要です。

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者記入欄 | 被保険者証 | 記号 | 1 | 事業所名 | マツダ株式会社 | | |
| | | 番号 | | 所属 | (ポストNo )<br>TEL( ) - (内線 ) | | |
| | 被保険者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | 適用対象者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| | 被保険者住所 | 〒 ー<br>TEL( ) ー | | | | | |
| | 発効年月<br>希望の番号に○ | 1<br>通常はこちら | マツダ健保受理日の属する月の1日(健保受理日が月を越えそうな場合、2に○をしてください)<br>※原則、遡っての発行は不可。<br>※申請日より資格取得日が後の場合は資格取得日が発効年月日となります。 | | | | |
| | | 2 | 前月1日から有効の認定証(希望発効月 月)<br>※医療機関が遡っての発効を了承済の場合に限ります。以下を必ずご記入ください。<br>医療機関名: TEL: 担当者名: | | | | |
| | | 3<br>更新用 | 9月1日から有効の認定証<br>※申請受付期間 :8月10日～9月末日<br>※発行・発送 :9月1日以降順次 | | | | |
| | 送付先<br>希望の番号に○ | 1 | 被保険者所属 | | | | |
| | | 2 | 被保険者自宅 ※簡易書留で送付します。 | | | | |
| | | 3 | 入院先 ※医療機関が受取を了承済の場合に限ります。以下を必ずご記入ください。<br>〒 -<br>医療機関名: TEL: 担当者名: | | | | |

**【注意事項】**

1. 申請は紙面(郵送または社内便)でお願いします。**メールでの申請は不可**です。
2. 「健康保険限度額適用認定証」の有効期限は発効日以降最初に到来する**8月31日まで**です。
   9月1日以降も引き続き必要な場合は改めて申請書をご提出ください。
3. 標準報酬月額の変更により所得区分の変更があった場合、「健康保険限度額適用認定証」の切替えが必要となりますので、マツダ健保より通知があった場合は速やかに医療機関窓口にご提出ください。
4. 「健康保険限度額適用認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、必ずマツダ健保に返却願います。
5. 緊急を要する等やむを得ず被保険者が申請書を記入できない場合は、ご家族や上司の代筆でも受付けます。
6. 申請書受理日の翌営業日から2営業日以内に発送します。
7. その他ご不明な点(医療費の1か月あたりの自己負担限度額など含)がございましたら マツダ健保HPの「病気やケガをしたとき⇒高額な医療費がかかったとき」をご確認ください。

受 付 印

マツダ健康保険組合

| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|---|---|---|
| | | |

2024年4月版