

常務理事	事務長	担当

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ 昭和・平成 年 月 日	被 保 険 者 証 号 の 記 号 番 号	記号 番号
認定対象者の 氏名及び 生年月日	フリガナ 昭和・平成・令和 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
送 付 先 所 住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ場合はチェックしてください。 ※被保険者の住所と異なる場合はご記入願います。 〒 電話 ()		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 電話 ()</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">アボット健康保険組合理事長 殿</p>			

《注意事項》

- ◎認定証の有効期限は原則として組合書類受付月の初日から最初に到来する8月末日までとなります。
(期限内に70歳に到達者・任意継続被保険者の期間満了者を除く)
- ◎有効期限の延長が必要な場合は、別途申請をお願いいたします。
- ◎医療機関を変更されても有効期間内であれば、引き続きご使用になれます。

マイナ保険証を利用すると、限度額適用認定証を提示しなくても、高額療養費制度(支払金額が自己負担限度額までに抑えられる制度)が適用されます。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。

受付日付印

マイナンバーカードでの医療機関・薬局の受付方法

マイナンバーカードは毎回受診時に持参して受付します!

カードを預けないから安心



1 顔認証つきカードリーダーにマイナンバーカードを置く。

顔認証



2 カードリーダーのカメラで顔認証または暗証番号を入力して、本人確認。

暗証番号確認

暗証番号を入力してください。

1	2	3
4	5	6
7	8	9
0		

▲暗証番号確認

同意確認

同意する / 同意しない

▲薬別情報

同意確認

同意する / 同意しない

▲特定健診情報

同意確認

提供する / 提供しない

▲限度額情報

限度額情報の提供に「同意する」を選択

マイナンバーカードを保険証として利用するための事前登録について
https://myrna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html

