●マイナンバーカードを利用できる医療機関・薬局では、限度額情報の提供に同意をすると紙の「限度額適用認定証」を提示しなくても支払額を自己負担限度額に抑えることができるため、こちらの申請手続きは不要です。
※被保険者が非課税、もしくは健保に加入したばかりでオンライン資格が確認できない場合を除く

アイシン健康保険組合　御中

健康保険限度額適用認定申請書

（　被保険者が非課税 等で、紙の「限度額適用認定証」が必要な場合の申請書　）

◆太枠の中をボールペンでご記入下さい。

被保険者	記号・番号	－　　－	氏　名		生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日
	電話番号	（　　）	－		＜　自宅　・　携帯　・　職場　＞
適用対象者	氏　名		性別	男 女	被保険者との続柄 生年月日 昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	傷病の原因は、第三者の行為（交通事故・けんか等）によって受傷したものですか？				□ はい　□ いいえ
	傷病の原因は、業務上・通勤途中に負傷・発症したものですか？				□ はい　□ いいえ
	負傷の原因 （ケガの場合のみ）	どこで、何をして受傷したか			

公費負担該当非該当について：市区町村から医療費助成制度の交付（子ども医療は除く）

□ **受けている**　・　□ **受けていない**

⇒ **下記該当番号と等級に○をつけ、受給者証のコピーを添付**してください。

（1）心身障害者医療費制度（身体障害者手帳　1級、　2級、　3級、　4級　）

（精神障害者保健福祉手帳　1級、　2級、　3級　）

（2）母子・父子家庭等医療費助成制度

◎市区町村が行っている医療助成は、ご本人の届出がない限り、健保で把握することができません。
健保の給付金と市区町村の医療助成を重複して受けた場合、遡って、健保より支給しました給付金を全額返還していただきます。
そのようなことを避けるためにも必ず健保へご連絡をお願いします。

下記受給者証のコピーを提出ください！
①（精）障がい者医療費受給者証
②（障）障害者医療受給者証
③（精）精神障害者医療費(全疾病)受給者証
④ 母子・父子家庭医療費受給者証

使用開始月	**令和　　年　　月　～**	※受付月の前月に遡っての発行は原則できませんので、遡る場合は下記のどちらかに☑して、「その他」の場合は理由もご記入ください。 □ 前月以前の未精算の医療費の窓口支払いで使用するため □ その他（　　）
	※入院や高額な薬等で、限度額適用認定証をご利用になりたい使用開始月をご記入ください。 ※8月末更新のため、９月が使用開始月の認定証は９月中旬以降の発送になります。（非課税の場合は7月末更新）	
認定証送付先（右記のいずれかを記入）	□ 自宅	〒　　-
	□ 自宅以外	〒　　- 宛名（
	※入院中の医療機関への送付をご希望される場合は、病棟と病室の部屋番号までご記入ください	

※発行した限度額適用認定証の使用が終わりましたら、アイシン健康保険組合までご返却ください。

★ 添付書類（被保険者が非課税の場合のみ）：「市・県民税課税（非課税）証明書」

注）『区分ア』、『区分イ』に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での『区分ア』、『区分イ』の該当となります。

送付先 **(FAX、Eメールでの申請不可)**	**アイシン健康保険組合**　（お問い合わせ先　：　℡ 050-3315-9871　） 〒444-1164　愛知県安城市藤井町丸山202-1　ゆとりヒルズ

※健保組合処理欄

発送日	R　年　月　日	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	常務理事	事務長	係長	担当
有効期間	R　年　月　日　～　R　年　月　日						

2026.11 改定