健康保険限度額適用認定証交付申請書

If you use your Individual Number Card (My Number Card) as health insurance card, you will be exempt from paying more than the individual cost-sharing maximum amounts under the High-Cost Medical Expenses System without any prior procedures.
There is no need to apply in advance for "Certificate of Application of Maximum Copayment Amount".
Please use your Individual Number Card (My Number Card) in place of health insurance card.

被保険者の現況	保険証の記号・番号	記 Insurance Card code/number 号 〇〇〇〇〇〇	申請日 Application date	〇〇月 〇〇日
	被保険者氏名	フリガナ Name of insured person John Smith	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 Date of birth
	被保険者住所	〒 〇〇〇−〇〇〇〇 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo Address of insured person 電話 〇〇（ 〇〇〇〇 ）〇〇〇〇		
	対象者 Target person (Who needs the certification?)	フリガナ Name of the target person Mary Smith	被保険者との続柄 Relationship Wife	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 Date of birth

Validity period : 1 year from the first day of the month we receive the application

*We cannot issue the certificat retroactively.
e.g. reception date: April 30th → Valid from April 1st

*If you want to get another certification after the expiration day, please send this application form again.
*Please return the certification after you finish using it.
*When we noticed that your resistered income has changed, we will send you another certification of your new applicable category.

※有効期間内に適用区分が変更となった際は、健保より新しい区分の認定証をご自宅あて郵送いたします。

Is the medical treatment caused by another person such as a traffic accident ?

☑ いいえ

※「はい」の場合（ る場合）は、保険証 ご連絡ください

Certificates cannot be used for medical treatment caused by the actions of others

送付希望先	ご希望の送付先を選択してください（記載がない場合も、上記住所へお送りいたします。）	
	1．上記住所に送付 Send to the address of insured person	
	Internal mail （オフ Office （事 Company （部 Section	
	3．その他	〒 If you want to send to a place other than the address listed above, please fill in that address and phone. **宛名（被保険者氏名と異なる場合）：** 電話 （ ） ※宛 します。予めご了承 くだ What is the name of the addressee? If you specify adress other than insured person, we will send the certification as "Dear ●● in care of △△".

＊被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏　名		被保険者との続柄	
	連絡先電話番号	TEL （ ）		
申請代行の理由				

上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。

健保記入欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅰ・Ⅱ
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日

受付日付印

楽天健康保険組合