

『マイナ保険証』を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
『マイナ保険証』をぜひご利用ください。

常務理事	事務長	担当者	

AIG健康保険組合 御中

記入例

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

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。

※限度額適用認定証は、医療機関へ医療費を支払う際に必要になります。
すでに医療費の支払いが完了している場合は、申請不要です。

申請年月日： 令和5年 10月 20日

健康保険証の 記号番号	記号： 99 番号： 99999	Global ID	1234567
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
被保険者住所	〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇町××-×× (日中のご連絡先： 090 - 0000 - 0000)		
適用対象者氏名 (※被保険者の場合は記入 不要です)	健保 花子 続柄(妻)	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
確認事項 ※提出前に☑してください	☒ 医療機関より限度額適用認定証の提出を求められた ※オンライン資格確認システムを導入している医療機関では限度額適用認定証の発行が不要となる場合 があります。医療機関へご確認ください。 ☒ 限度額適用認定証の有無により最終的な自己負担額は変わらないが、窓口負担を減らしたい ※一時的な窓口負担を軽減しますが、限度額適用認定証が無い場合でも原則療養月の3ヵ月後の給与で自 動で 還付されます。		
認定証送付希望先	勤務先 ・ 自宅 ・ 入院先(その他) ※原則は勤務先への社内便(SELS)送付となります		
認定証送付希望先が自宅・ 入院先(その他)の場合	住所： 〒 - ※勤務先以外への送付を希望される場合は送付先の住所を記入してください 【入院先の場合】※病院の了承を必ず得てください。 病院名： ※病院への送付を希望される場合はこちらも記入してください 病棟、病室番号：		
認定証必要期間 (最長6ヶ月)	〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ※申請書到着月の初日より前に満って申請はできません。 ※必要期間が前倒しや延長となる可能性がある場合は余裕を持った期間を記入ください。		
(備 考)			

※申請書は、AIG健康保険組合へ直接送付ください。(メールor郵便or社内便)
※被保険者の方が住民税非課税の場合は、事前にAIG健康保険組合へご連絡ください。
※限度額適用認定証の発行タイミングは、原則申請書が健保に到着した日、又は翌営業日には発行し、
送付しております。(限度額適用認定証必要期間開始月が2ヵ月以上先の場合は1ヵ月前になるまで発行保留となります)

◎提出先◎

AIG健康保険組合(メールor郵便or社内便)

【メール】

メールアドレス: aigkenpo@aig.co.jp

件名: 限度額適用認定証交付申請

【郵便】

〒130-0013

東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイスト5階

※組合
使用欄

送付年月日	年 月 日 (社内便 ・ 簡易書留)
送付先	所属(勤務先) ・ 被保険者宅 入院先 ・ その他()

受付印