

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

健康保険 限度額適用認定申請書

《注意事項》

1. 健保組合が申請書を受付けた日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
2. 被保険者本人が住民税非課税の場合は、別様式「健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書」にて申請をしてください。

※太枠線内を記入してください。

記入日		令和 年 月 日						↓被保険者氏名は手書きでお願い致します	
被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名		(フリガナ)			
	被保険者の勤務 する事業所名称	※任意継続者は記入不要です		所属・電話番号		(TEL :)			
	被保険者住所	〒 - 都道 府 県				(TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください			
認 定 証 交 付 対 象 者 欄	対象者氏名 (療養を受ける人)	(フリガナ)		続柄	生年 月日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日		
	対象者の傷病の原因 (いずれかに✓)	1. 第三者行為(交通事故、暴力行為等)に該当しますか？				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
		2. 通勤途中または業務中のものですか？				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	※上記1または2で「はい」に該当する方は、事前に(健保)までご連絡ください								
	認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所に送付希望 〒 -		病院に 送付希望の方		病院名	部屋 番号		

↓被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申 請 代 行 者 欄	申請代行者氏名	(フリガナ)		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
	申請代行者住所	〒 -		(TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください 被保険者と同じ住所の場合は、連絡先(TEL)のみご記入ください	
	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ()			

【マイナンバーカードの健康保険証利用について】

受付印

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、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。

限度額適用認定証の事前申請書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。