記入例

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。

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。

①	記入日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
被保険者欄	被保険者等記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ タロウ 健保 太郎
② 被保険者欄	被保険者の勤務する事業所名称	■■■■株式会社 ※任意継続者は記入不要です		所属・電話番号	▲▲▲課 (TEL： ×××-××××)
被保険者欄	被保険者住所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○ 都 道 府 県 ××市△△町□□番地 (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	③ 対象者氏名(療養を受ける人)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ トモコ 健保 友子	続柄 妻	生年月日	昭和 平成 令和 年 44 月 2 日 1
認定証交付対象者欄	④ 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？			☐ はい ☑ いいえ
		2.通勤途中または業務中のものですか？			☐ はい ☑ 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			
認定証交付対象者欄	⑤ 認定証の送付先	☐ 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。

⑥ 申請代行者欄	申請代行者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ( )
申請代行者欄	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		
申請代行者欄	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 ( )		

受付印

【マイナンバーカードの健康保険証利用について】

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。

T 0410(0612)

«記入要領»

①記入日

記入した日を記入してください。

②被保険者欄

被保険者等の情報を記入してください。

③対象者氏名(療養をうける人)

認定証交付対象者の氏名、続柄、生年月日を記入してください。

④対象者の傷病の原因

1.第三者行為(交通事故、暴力行為等)に該当しますか？

第三者行為とは・・・第三者が行った行為によりケガ等を負った場合をいいます。

■交通事故 ■暴力行為 ■スキー場での事故 ■飲食店で食中毒にあった ■他人の飼い犬にかまれた など

「はい」に該当するときや、第三者行為に該当するのか判断がつかない場合は、(健保)までご連絡ください。

2.通勤途中または業務中のものですか？

「はい」に該当するときは、事前に(健保)までご連絡ください。(労災保険の適用になるか確認します。)

⑤認定証の送付先

認定証は原則勤務先に送付します(任意継続者は自宅)。送付先が勤務先で良い場合は、記入不要です。

在職中の方で、事情により②で記入した住所への送付を希望する場合は、✓をしてください。

それ以外の住所や、入院している病院に直接送付を希望する方は住所や病院名等を記入してください。

⑥申請代行者欄

やむを得ない理由で被保険者自身が申請できないときは、その代行者について記入してください。