

<b>健康保険限度額適用認定申請書</b>	常務理事	事務長	事務長補佐	担当

マイナ保険証(マイナンバーカード)を利用すれば、事前の手続きなく、限度額を超える支払が免除されます。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。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名 (自署)	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
	事業所名称				内線番号( )			

【ご注意ください】 ご家族(被扶養者)の交付申請の場合も、被保険者情報の欄に、被保険者の氏名、生年月日、住所等をご記入ください。

認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄				
	傷病名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	ケガが原因の場合 (注2・注3)	いつ	平成・令和	年	月	日( )	そのときの 状況

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。  
注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。  
注3: 業務災害以外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。仕事や通勤途中で発生した傷病には使用できません。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外へ認定証の送付を希望する場合はご記入ください。※ 上記住所と同じ場合は記入不要

希望送付先	住所(注4)	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	宛名				被保険者 との関係		

注4: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の担当者の方に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他( )

【備考】
------

受付日付印