

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

| 常務理事 | 事務長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 |
|------|-----|----|----|----|---|
| | | | | | |

マイナ保険証をお持ちでない方やオンライン資格確認未導入の医療機関等を受診する場合に申請してください。

マイナ保険証をご利用いただければ、限度額情報の提供に同意することで、支払いを自己負担限度額までとすることができます。

以下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。

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--------|------------------|--------|-----|------------|----------------|-------|
| 被保険者情報 | 被保険者 記号・番号 | 記号 | 番号 | 生年 月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | 都 道 府 県 | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | |

▼対象者が被保険者の場合は記入不要です。

| | | | | | | |
|--------|-------------|----------|----------------|-------|--|--|
| 認定対象者欄 | 療養を 受ける方 | 氏名 | (フリガナ) | | | |
| | 続柄 | 生年 月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | |

| | | | | | |
|-------|---|--------|-----|------------|--|
| 希望送付先 | 上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合に記入してください。 | | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | 都 道 府 県 | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | |
| 宛名 | | | | | |

| | | | | | |
|------------------|--|----------|--|----------------------------------|----------------------------------|
| 申請代行者欄 | 「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合に記入してください。 | | | | |
| | 申請代行者の 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) | TEL | 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 () | |

- 当健康保険組合が申請書を受付した月の1日から有効な認定証を交付します。
(受付月の途中に取得・認定された場合には取得日・認定日から有効な認定証を交付)
- 受付月の1日以前に遡ることはできません。
- 有効期限は原則8月31日(発効年月日の次に到来する)となります。
- 外傷性のケガの場合には「負傷原因届」を併せて提出してください。
(外傷性のケガ以外の傷病でも後日提出をお願いすることがあります。)
- 工作中や通勤途中によるもので、労災に該当するときには申請いただけません。

受付