

マイナ保険証をご利用の場合※1をご確認ください

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

| | |
|----------------------------------|--|
| 今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 | 怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい・ いいえ ⇒ 【はい】 の場合は、別途届出が必要となりますので 健保事務処理センター(03-6709-8031) までご連絡ください。 |
|----------------------------------|--|

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

| | | | | | | | | | |
|-------------|------------|--|---|------------------------------------|--|---|---|--------|---|
| 被 保 者 | 被保険者証の記号番号 | ○▲□ - ■△◎ | 被保険者氏名 | 刀ガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 所属会社名 | 株式会社〇〇〇 | 電話番号(日中の連絡先) | TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇 | 携帯 | 自宅 | ・ | その他() | |
| | 住 所 | ①住民票住所 〒123 - 4567 東京都〇〇区1-2-3 | ②居所現住所 〒450 - 0000 愛知県名古屋市〇〇区▲×■4-5-6 | <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ | <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|--|--|----------|------|--|---|---|---|
| 認 定 証 交 付 対 象 者 | 氏名 | 刀ガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 | 被保険者との続柄 | 妻 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 治療の種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費(調剤含む) | ※限度額適用認定証の発行年月日は、厚生労働省の通達により「申請を受けた日の属する月の初日」と定められているため、前月に遡っての発行はできません。 | | | | | | |
| | 療養予定期間 | 令和〇〇年〇〇月から 令和〇〇年〇〇月まで | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|---|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 送 付 先 | 受取希望 | お急ぎの場合 → 令和〇〇年〇〇月〇〇日頃までの受取希望 | ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。 | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 被保険者①住民票住所 <input type="checkbox"/> 被保険者②居所 <input type="checkbox"/> その他〔実家・病院〕 | 上記以外のごところに送付を希望する場合はご記入ください。 ※医療機関に送付を希望される場合は、必ず事前に医療機関に確認してください。 | | | | | | | |

〒 -

基本は「事業所」「自宅」への送付になりますが、受け取り出来ない場合などにご記入ください。

※被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合

| | | | | |
|-----------------------|------|-----|----------|---|
| 申 請 代 行 者 | 氏名 | | 被保険者との関係 | |
| | 電話番号 | () | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 被保険者が入院のため <input type="checkbox"/> その他() |

| | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備 考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) | | | | | | | | |
| | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 [①通知カードの写し] [②個人番号記載の住民票の写し] [③個人番号カード(両面)の写し]のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、[運転免許証の写し]または[パスポートの写し]のいずれか1点を添付してください。 | | | | | | | | |

令和 年 月 日提出
上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。

受付日付印

※1「マイナ保険証」をお持ちの場合原則、紙の【限度額適用認定証】は不要です
ご記入前に紙の【限度額適用認定証】が必要であるか、
医療機関や薬局へ事前にご確認をお願いいたします

| | | | | | | | | | |
|--------|-------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 入 欄 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | 回収年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | |