

健康保険 限度額適用認定 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度の限度額を超える支払いが免除されます。申請は不要となりますので、**便利なマイナ保険証をぜひ利用ください。**

マイナ保険証が利用できない、利用しないため、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。

提出日 年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	事業所名 (会社名)			所属	室・課
	氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -) 都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	自宅	()	携帯	()	

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	疾病名	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →外傷性・妊娠・出産以外の方は、 <input type="checkbox"/> 症状に気づき病院受診 傷病発見の原因記入 <input type="checkbox"/> 人間ドック(レイドック、健康診断含む) → 受診日 年 月 日		

送付先	<input type="checkbox"/> 職場	(原則 職場送付。職場で受取できない状況(入院中等)の方は自宅可。また、職場・自宅以外に送付を希望する場合は下欄に送付先を記入)		
	<input type="checkbox"/> 自宅	(〒 -)		
	<input type="checkbox"/> その他	TEL ()		

【健保記入欄】

受付番号	-	申請区分	新規・更新
標準報酬月額	千円	区分	ア・イ・ウ・エ・オ
有効年月日	年 月 1日から 年 月 末日まで	回収日	年 月 日
*「更新」の場合: 先回の有効年月日 [年 月 1日 ~ 年 月 日]			

常務理事	事務長	担当