

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

常務理事 事務長 部長 課長 係長 担当者

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 年 月 日

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。

|                            |       |        |    |            |  |     |   |   |
|----------------------------|-------|--------|----|------------|--|-----|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証 | 記号     | 番号 | 生年月日       | 昭・平・令  | 年   | 月 | 日 |
|                            | 氏名    | (フリガナ) |    |            |  |     |   |   |
|                            | 住所    | 〒      | —  | 都・道<br>府・県 | 電話番号<br>(日中の連絡先)   | ( ) |   |   |
|                            | 事業所名称 | 提出委任   |    |            | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。<br>(事業主経由(依頼)する場合は✓) |     |   |   |

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

|                       |                        |      |         |                               |    |      |             |                  |   |     |
|-----------------------|------------------------|------|---------|-------------------------------|----|------|-------------|------------------|---|-----|
| 認<br>定<br>対<br>象<br>者 | 受診者<br>認定証を<br>使用される方  | 氏名   | 続柄      | 療養予定期間<br>認定証を必要<br>とする期間(注1) | 令和 | 年    | 月           | 日から              |   |     |
|                       |                        | 生年月日 | 昭・平成・令和 | 年                             | 月  | 日    | 令和          | 年                | 月 | 日まで |
|                       | (受診することとなった原因：ケガ・ケガ以外) |      |         |                               |    |      |             |                  |   |     |
|                       | ケガが原因<br>の場合(注2)       | いつ   | 令和      | 年                             | 月  | 日( ) | そのとき<br>の状況 | 私用中・休日中・通勤途中・業務中 |   |     |

注1: 当組合にて交付する限度額適用認定証の最長有効期間は、療養予定開始月の1日から8月末までとなります。

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」の添付が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

|                       |     |              |   |            |                  |     |  |  |
|-----------------------|-----|--------------|---|------------|------------------|-----|--|--|
| 希<br>望<br>送<br>付<br>先 | 住所  | 〒            | — | 都・道<br>府・県 | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( ) |  |  |
|                       | あて名 | 被保険者<br>との関係 |   |            |                  |     |  |  |

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等までご記入ください。

○ 「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

|                            |                  |  |                    |
|----------------------------|------------------|--|--------------------|
| 申<br>請<br>代<br>行<br>者<br>欄 | 氏名               | 被保険者<br>との関係   | 申請代行<br>の理由<br>( ) |
|                            | 電話番号<br>(日中の連絡先) | <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため<br><input type="checkbox"/> その他 |                    |

※健保組合使用欄(記入しないでください)

|          |                          |                    |
|----------|--------------------------|--------------------|
| 発行年月日    | 有効年月日                    | 区分                 |
| 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | ア・イ・ウ・エ<br>現役Ⅰ・現役Ⅱ |

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄