

限度額適用認定申請書 記入例

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)							
1 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。					
3 被保険者情報	被保険者証 記号 2 987 番号 654 生年月日 前平・令 ××年 ×月 ×日						
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎						
	住所 〒110-0000 東京 都 道 墨田区〇〇1-2-3 〇〇マンション123号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××					
	事業所名称 ◇◇工業(株)	提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 <input checked="" type="checkbox"/> (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。

4 認定対象者	受診者 氏名 健保 花子 続柄 妻	5 療養予定期間 令和 〇年 〇月 〇日から
	認定証を使用される方 生年月日 昭和 平成・令和 ××年 ×月 ×日	認定証を必要とする期間(注1) 令和 〇年 Δ月 Δ日まで
(受診することとなった原因: ケガ ケガ以外)		
6 ケガが原因の場合(注2) 令和 〇年 〇月 Δ日(土) 自宅の階段を踏み外し、転落した。	そのときの状況	

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。

7 希望送付先

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。

住所	〒111-0000 東京 都 道 台東区△△3-2-1	電話番号 (日中の連絡先) 090 (△△△△) ××××
あて名	〇〇病院△△科◇◇◇号室	被保険者との関係 妻

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。

8 申請代行者欄

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。

氏名	被保険者との関係
電話番号 (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 <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 令和 年 月 日まで	ア・イ・ウ・エ 現役Ⅰ・現役Ⅱ

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。(0613から始まる番号ではありません)
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。
当組合で交付できる認定証の最長有効期間は申請書の受付月の1日から8月末までとなります。(健康保険加入月の場合は資格取得日から適用)
9月1日以降も引き続き認定証が必要な場合は、8月に再度申請いただきますようお願いいたします。
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。
ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。
その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- 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は、必ず申請代行者欄への記入が必要です。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。