

健康保険 限度額適用認定 申請書

理事長

常務理事

事務長

課長

係長

係

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 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 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()	
	事業所名称							

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

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

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 望 送 付 先	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名	被保険者 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・病室番号等をご記入ください。

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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄