

# 記入例

※この申請書は、対象者毎に提出して下さい。

係	事務長	常務理事
押	印	不要

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

※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  
されませ。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マ  
健保組合へ提出する日を  
記入して下さい。

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書の  
いずれかを見て記入して下さい。

下記の通り

申請年月日		令和 ** 年 ** 月 ** 日	
被保険者等 記号番号	記号 ** 番号 ****	被保険者氏名 健保 太郎	
被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 * 年 * 月 * 日 <input type="checkbox"/> 令和	事業所名称	〇〇〇株式会社
被保険者の 住所	〒 *** - **** 三重県四日市市〇〇町****	連絡先 (内線)	****-****
適用 対象者	氏名 健保 花子	被保険者 との続柄	妻
	住所 同上	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 * 年 * 月 * 日 <input type="checkbox"/> 令和	公費 該当	*自己負担額について国・地方自治体で助成を受ける資格がありますか? <input type="checkbox"/> あり(公費の名称: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし
	療養予定期間	*認定証の発効年月日は、原則として申請書受付日の月初からとなります。 *有効期限は最長1年です。ただし、未定の場合は6ヶ月間で発行いたします。	
		令和 ** 年 * 月 ~	令和 ** 年 * 月 / 未定

- ・療養予定期間は申請月から最長1年間の範囲で記入して下さい。
- ・未定の場合は6ヶ月間で発行させていただきます。最長で発行して欲しい方は、1年の期間を記入して下さい。
- ・有効期限が過ぎてからも認定証が必要な場合は、再申請して下さい。

わかっている場合のみ記入して下さい。

認定証の 希望送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: Y*** エリア: A93) <input type="checkbox"/> 社外便(事業所住所: ) <input type="checkbox"/> 被保険者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 適用対象者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 直接健保事務所へ来所	所属: )
---------------	--	-------

骨折・捻挫等ケガの場合は、以下も記入して下さい。

負傷年月日	令和 年 月 日 ( 曜 ) 午前 時 分頃 午後	事故発生場所
負傷原因	<input type="checkbox"/> 相手のいる交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故(自己の運転操作誤り) <input type="checkbox"/> 自己の転落・転倒等によるケガ <input type="checkbox"/> スポーツによるケガ <input type="checkbox"/> その他	負傷状況 (詳しく)

<注意事項> (R6.12)  
発病又は負傷の原因が、業務上又は通勤途上の事故による場合は、労災保険からの給付の対象となるため、この限度額適用認定証の交付申請はできません。第三者の行為により被った傷病についてこの証の発行を希望する場合は、ご申請の前にまずご連絡下さい。  
被保険者等記号番号をマイナナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

骨折、捻挫、挫傷、打撲など「ケガ」による場合は、高額療養費・付加給付等の支給対象有無の確認が必要となりますので、必ず記入して下さい。

有効期限	令和 年 月 日	受領印
適用区分	月額 千円 ア・イ・ウ・エ 現Ⅱ・現Ⅰ	健保受付日付印