健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満｜現役並み所得者用

常務理事	事務長	部 長	課 長	係 長	担当者

（健保組合使用欄）

オンラインで資格の確認ができない医療機関等を受診する場合を除き、マイナ保険証の利用登録をされている方には「限度額適用認定証」は交付されません。
下記に該当する場合は、交付いたしますので☑と（　）内をご記入ください。

□オンライン資格確認未導入の医療機関等を受診するため

（医療機関等名称　：
医療機関等所在地：）

申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者情報				
被保険者等記号・番号	記号　　番号	事業所名称		
氏 名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
住 所	〒　　－	電話番号（日中の連絡先）	（　　）	
		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（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。

認定対象者				
受診者（認定証を使用される方）	氏 名　　続 柄 生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日	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 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（　　） 私用中・休日中・通勤途中・業務中	そのときの状況		

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。（記載が無い場合、3か月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。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

服装 健康保険組合

（R8.10）