

# 健康保険 限度額適用認定証 申請書

(70歳未満 | 一般・上位所得者用)

常務理事 事務長 課長 課長代理 係長 担当者

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。  
**便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。**

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 □□□□	番号 □□□□□□	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□			
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 □□年 □□月 □□日		
	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	療養を受ける方	氏名	続柄	療養予定期間	令和 年 月 日から
		生年月日	昭・平・令	認定証を必要とする期間(注1)	令和 年 月 日まで
	<b>外傷の場合</b> (骨折・捻挫・打撲等)は、 病名をご記入ください。				
	原因 (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。(6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ので、当組合にご連絡ください。

○ 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(注3)	〒 - 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。

○ 被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	申請代行者の 氏名	(フリガナ)
	被保険者との関係	
	住所	
	電話番号 (日中の連絡先)	( )
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他( )

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

玩具人形健康保険組合 (R6.12)