

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・主任	担当者
-------------------------	------	-----	----	----	-------	-----

1 申請年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ※ マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

2 被保険者等 記号・番号	記号 1234 番号 5678	事業所名称 〇〇工業株式会社
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	住所 〒 110 - 0000 東京 (都) 道府・県 渋谷区〇〇 ×-× 〇〇マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇

【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 太郎 続柄 本人	療養予定期間 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から	5
	認定証を使用される方 生年月日 昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日	認定証を必要とする期間(注1) 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで	
6	傷病名 右膝靭帯損傷 (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 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (土) そのときの状況 飲食店に入ろうとして階段から転落した	
	ケガが原因の場合(注2) 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。

7 希望送付先	住所 〒 110 - 0000 東京 (都) 道府・県 台東区〇〇 ×-×-× △△病院××科〇〇号室	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
	あて名 健保 太郎	被保険者との関係 本人

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確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

8 代理人申請	氏名 (フリガナ) 〇〇〇カブシキガイシャ ヤマダイイチ 〇〇〇株式会社 山田一郎	被保険者との関係 総務担当者
	住所 〒 222 - 0000 東京都 (都) 道府・県 台東区〇〇 ×-×-× 〇〇〇〇	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
	代理理由 被保険者が記入できないため その他()	
	送付先 被保険者自宅 、申請代行者宅 事業所 、その他(〒)	

受付日付印

9 マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)
 マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

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。)

- 1** 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 2** 記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- 3** 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。
- 4** 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。
- 5** 認定証を必要とする期間をご記入ください。
 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。)
- 6** 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。
- 7** 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。
- 8** 代理人の方が申請をされる場合にご記入ください。
- 9** 2の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

この申請書の対象とならない方

70歳以上

70歳以上の現役並み所得者Ⅲの方(月額83万円以上)、一般所得者(月額26万円以下)の方は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

被保険者が非課税

標準報酬月額が53万円未満で、被保険者が市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。