

常務理事	事務長		係

健康保険限度額適用認定証交付申請書

(70歳未満の上位所得者・一般所得者用)

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。

下記のとおり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	記号・番号	—		事業所名 (営業所名)	
	被保険者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	〒 —			
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
認定適用対象者欄	療養を受ける方 <small>[被保険者の場合は記入の必要はありません]</small>	氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	*記載がない場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。 令和 年 月 ~ 令和 年 月 / 未定			
※ なお、疾病が怪我による場合は、裏面にもご記入ください。					

健保記入欄	交付年月日	令和 年 月 日	受付印
	発効年月日	令和 年 月 日	
	有効期限	令和 年 月 日	
	適用区分		

次の場合は、「限度額適用認定証」をご返却ください。

- 有効期限に達したとき
- 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき
- 適用対象者が70歳になったとき
- 退職等により資格を喪失したとき
- 異動等により被保険者証の記号が変わったとき
- 標準報酬月額の変更により適用区分欄に表示された区分が変わったとき
- 退院されたとき
- マイナ保険証を所有したとき

怪我による場合は、下記調査票にもご記入ください。

傷 病 発 生 原 因 調 査 票

傷 病 名		発 生 日	年 月 日 () AM・PM 時 分
発 生 場 所			
下記について該当する方に○をつけてください。(高額療養費・付加給付の給付対象確認のため)			
①	第三者行為等による怪我ですか？(相手のいる交通事故、暴力行為、犬に噛まれた等)	はい・いいえ	
②	自損事故ですか？(車やバイクによる自己の運転の誤り)	はい・いいえ	
③	単独の事故ですか？(自身が単独で起こした転落・転倒等による怪我)	はい・いいえ	
④	お子様の場合、乳幼児・小児医療助成制度の対象ですか？	該当・非該当	
⑤	労災の該当となる怪我ですか？	該当・非該当	
⑥	学校・幼稚園・保育園等の怪我で日本スポーツ振興センター等の給付手続きをされていますか？	手続中 (手続予定を含) ・非該当	
⑦	スポーツ中の怪我、イベント参加等の怪我で加入しているクラブ、主催者等で給付金は出ていますか？ (個人名で加入されている保険は対象外です。)	あり・なし	
傷病発生 の現場および 状況の図示			
上 記 図 の 説 明			