

健康保険 限度額適用認定申請書

令和	年	月	日
部長	課長	扱者	

被保険者情報	被保険者の記号・番号			
	被保険者	氏名		
		生年月日	昭和 平成	年
	住所	〒 -		
電話番号	TEL () ※日中つながる電話番号をご記入ください。			

認定対象者欄	認定対象者	氏名			被保険者との続柄	
	(被保険者の場合は、記入の必要はありません)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日	

交付必要期間(最長1年)	令和 年 月 ~ 令和 年 月 まで
--------------	--------------------

負傷原因	受診理由	ケガによるもの ・ ケガ以外			
	ケガの場合	いつ	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃	プライベート・通勤中・勤務中・休憩中・出張中 通学中・アルバイト中 その他()	
		その時の状況	何をしているときに、どの様に負傷したか詳しくご記入ください。 負傷が交通事故の場合、相手がいいますか? はい・いいえ		

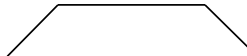
※受診の際にマイナンバーカード(保険証利用登録済のもの)をご利用いただければ、この限度額適用認定申請は不要となり、窓口での支払いを自己負担限度額までとすることができます。(利用方法は、マイナンバーカード読み取り機にて受付していただき、「高額療養費制度を利用する」をクリックし、「限度額情報を提供する」を選択してください。)

保険証または資格確認書をご利用の際も、窓口にて「限度額情報の利用」を申し出ていただき了承された場合、この申請は不要となります。なお、マイナンバーカードの利用、保険証または資格確認書での限度額情報の利用の可否については、事前に医療機関にご確認願います。また、限度額適用認定証の申請が不要となるには、健保組合にマイナンバーが登録されている必要があります。

- 被保険者住所以外に送付をご希望の場合は、下記にご記入ください。
- 送付先に医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の了承をとり、病棟・病室番号等をご記入ください。

希望送付先	宛名			
	住所	〒 -		
	電話番号	TEL ()		

受付日受印



【留意事項】

- この申請書により、必要期間に沿った有効期限付の限度額適用認定証が交付されますが、有効期限につきましては、当組合で受けつけた日の属する月の初日からとなります。なお、有効期限より前の診療で高額療養費に該当した場合は、一旦、自己負担していただき、後日、組合から支給となります。
- 住所を記入した返信用封筒を同封してください。
- 負傷原因が交通事故などの第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」等の提出が必要となります。