

(健保使用欄)	常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用

標準報酬月額 (R . ~)	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ / 現Ⅰ・現Ⅱ
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

# 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

【非課税者以外】

- マイナ保険証（健康保険証としての登録をされている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ので、マイナンバーカードをご利用ください。
- マイナ保険証を使用せず、この申請書を提出しない場合も、自己負担限度額を超えた一部負担金は後日、高額療養費として払戻いたします。（手続きは原則不要。診療月から3か月以上かかります。）

非課税の方は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請ください。

被保険者	被保険者等 記号・番号	記号	番号	【注意】マイナ保険証を持っている方には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。 <input type="checkbox"/> マイナ保険証非対応医療機関等を受診するため (医療機関等名称： )	
	※ 記号・番号が分からない場合は、マイナポータルや資格情報のお知らせ等でご確認ください。				
	氏名	フリガナ		生年月日	
	住所	〒 -		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
勤務先名称	TEL (日中の連絡先) - -		TEL - -		

療養を受ける方	※ 対象者が被保険者の場合は記入不要です。			
	氏名	フリガナ	続柄	生年月日
				昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)

認定証が必要な期間	令和 年 月 から使用予定	※ 発効期間は原則、申請書受付月の初日から最初の8月31日までです。 9月1日以降も引き続き必要な場合は改めて申請書をご提出ください。
-----------	---------------	--

傷病の原因 (☐に✓を記入)	① 勤務中・通退勤途中、業務に起因するものですか？ (※感染経路不明なコロナ陽性者も「はい」にお進みください)	<input type="checkbox"/> はい	申請対象外です。勤務先事務担当者様に報告のうえ、労働基準監督署にご確認ください。
	② 交通事故（自損事故含む）、第三者行為によるものですか？	<input type="checkbox"/> はい	別途届出が必要です。健保宛てご連絡ください。 (医療給付課 TEL043-215-8205)
	③ ケガですか？	<input type="checkbox"/> はい (右欄に記入)	いつ 令和 年 月 日 ( ) どこで <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) どんなとき <input type="checkbox"/> 私用中 ( )
	④ 上記①②③のいずれにも該当しません。 (☐に✓を記入)	<input type="checkbox"/>	具体的な状況

認定証の送付先 に送るとき	原則、上記の被保険者住所に送付します。 (☐に✓を記入)		<input type="checkbox"/> 了承しました。 <input type="checkbox"/> 【注意】を確認したうえで、下記住所に送付を希望します。			
	【注意】 ※ 入院先宛ての場合、入院先に事前に送付許可を得たうえで、宛先・宛名・部屋番号をご記入ください。 ※ 実家などの個人宅宛ての場合で、送付先宅と宛名の苗字が異なるときは、「様方」をご記入ください。 ※ 記入漏れ・記入誤り等があった場合は、被保険者住所に送付いたします。					
	被保険者住所以外に送るとき	送付先 (☐に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 入院先	<input type="checkbox"/> お勤め先	<input type="checkbox"/> 実家	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	送付先住所	〒 -	TEL - -			
施設名・部署名 病室番号など						
宛名 (個人名)	(様方)	様 (被保険者との関係： )				

申請代行者	※ 被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください (☐に✓を記入)。			
	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 勤務先の事務担当者	<input type="checkbox"/> 家族
電話番号 (日中の連絡先)	- -	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 労務士	<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 被保険者からの依頼		<input type="checkbox"/> その他 ( )

留意事項 ※ 所得区分が変更になった場合は自己負担限度額が変わりますので、健保から通知があった際は、受診された医療機関等に所得区分変更の旨をご連絡ください。 / 受付日付印 \

上記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。  
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、そのほか健保から返納の求めがあったときは、5日以内に健保宛て返納します。

申請書作成日： 令和 年 月 日

(健保使用欄)

<提出先>

〒260-0013千葉市中央区中央3-10-4マキュール千葉8F 千葉県医業健康保険組合 宛て

発送日
-----