

記入について

被保険者の情報をご記入ください（資格情報のお知らせ・資格確認書・保険証等に「被保険者」と表示された者のことです）。

令和8年

（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 . . .)	
適用区分	ア・イ・ウ・エ / 現
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と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しいたします。（手続きは原則不要。診療月から4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」にて申請してください。

マイナ保険証非対応の医療機関等を受診する場合は、必ずご記入ください。

療養を受けるご家族（被扶養者）の情報をご記入ください。
※被保険者が療養を受けるときは記入不要です。

勤務中・通退勤途中の外傷や疾病は、保険証を使用できません。

第三者行為とは、けんか（暴行）・食中毒・他人のペットに噛まれた・ゴルフプレー中やスキー衝突など。

ケガの場合のみ記入してください。

原則、被保険者住所に送付しますので、記入不要です。被保険者住所以外へ送付希望の場合のみ記入してください。

【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。
 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。

被保険者等 記号・番号	記号	番号
氏名	フリガナ	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 - TEL (日中の連絡先) - -	
勤務先名称	TEL - -	

本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任（勤務先経由で申請）する場合は）

※ 対象者が被保険者の場合は記入不要です。

受療養の方 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？
 はい いいえ
（※感染経路不明なコロナ陽性者も「はい」にお進みください）

② 交通事故（自損事故含む）、第三者行為によるものですか？
 はい いいえ
別届届出が必要です。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？ はい（右欄に記入） いいえ（ケガ以外）

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 ()
具体的な状況	

④ 上記①②③のいずれにも該当しません。
 はい いいえ

原則、上記の被保険者住所に送付します。
 了承しました。
 【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、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 ()
	〒 -	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 ※ 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 <input type="checkbox"/> 労務士 <input type="checkbox"/> その他 ()
電話番号 (日中の連絡先)	- -	申請代りの理由	<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場合は、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。

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送の求めがあったときは、5日以内に返送します。

申請書作成日： 令和 年 月 日

（健保使用欄）

発送日

<提出先>

〒260-0013千葉市中央区中央3-10-4マキユル千葉8F 千葉県医薬健康保険組合 宛て