

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

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。

被保険者情報	記号	番号	生年月日
	被保険者等 ※		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)	
	住所	(〒 -)	都道 府県
電話番号	TEL ()		

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者の場合は 本人と記入して ください。			
	被保険者との続柄	性別	男 ・ 女	

希望送付先	上記被保険者住所宛 ・ 事業所宛 ・ その他 (第三者宛てに送付の場合は備考に理由を記入ください。)			
	その他 送付先住所	(〒 -)	都道 府県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
	宛名	備考		

※医療機関に送付の場合は、医療機関の許可を取り、ご担当者のお名前を記入ください。

負傷状況記入欄	傷病名			
	負傷年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
	負傷場所			
	理由・詳細			
	負傷した状況	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤)		

※外傷による負傷の場合は必ずご記入ください。

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。 令和 年 月 日

受付日付印

※記号番号がわからない場合のみ記入してください

※被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--