

常務理事	事務長	担当者

交 付	令和 年 月 日
-----	-------------------------

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 号	28 ー		所 属 事 業 所	
被 保 険 者	氏 名	印	申 請 期 間	令和 年 月 日から
	生年月日	年 月 日		令和 年 月 日まで
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
認 定 証 送 付 希 望 先	〒 ー			

傷 病 名		
負 傷 日	令和 年 月 日 ()	
負 傷 原 因		
第三者の行為での負傷ですか		はい ・ いいえ

(注)第三者の行為による負傷の場合、別途「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。

1. 「申請期間」は、高額な医療が見込まれ、認定証を使用する予定の期間を記入してください。
期間がはっきりしない場合は、だいたいの期間で結構です。
2. 認定証の有効期限は、申請期間の最初の日が属する月の1日より申請期間の最後の日が属する月の末日までで、最長1年間となります。
有効期限を過ぎても使用したい場合は、再度申請書を提出してください。
3. 「被保険者との続柄」について、子供の続柄は子ではなく、長男、長女等と記入してください。
4. 認定証は原則として「認定証送付希望先」の住所に簡易書留で郵送します。送付希望先が事業所の場合は、所属事業所名をお書きください。
5. 交付後有効期限に達した認定証は、必ず健康保険組合宛返却してください。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。