

記入例

健康保険限度額適用認定申請書

Excel版はプルダウンで元号を選択、
PDF版は丸印を記入してください

関連会社の場合は会社名を記入
任意継続被保険者の場合は「任意継続」と
記入してください

交付 令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

下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。

申請日 令和 年 月 日

被保険者番号	28 - 99999	所属事業所	〇〇営業所
被保険者	氏名 中工 太郎 印	申請期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		
適用対象者	氏名 中工 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		
認定証送付希望先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇-〇	事業所に送付を希望する場合は、所属事業所名を 記入してください	

※傷病が外傷(骨折・捻挫・打撲等)の場合は、下記にも記入してください。

傷病名	鎖骨骨折
負傷日	令和 年 月 日 ()
負傷原因	自宅の階段で転倒した
第三者の行為での負傷ですか	はい・いいえ

外傷(骨折・捻挫・打撲等のケガ)の場合は、こちらの欄へも記入してください

(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。

【注意事項】

- 「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。
- 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。
- 「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。
- 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。
- 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。