

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	1 1 1 1	番号	1 1 1 1	生年月日	年	月	日							
	被保険者証の				<input type="checkbox"/> 昭和										
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	0							
					<input type="checkbox"/> 令和	1	0	1							
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ													
		健保 太郎													
住所	(〒	123	-	4567)	〇	〇	都道	〇	〇	市	〇	〇	町	1-1
						府	県								
電話番号	TEL	111	(222)	3333									

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	被保険者の場合は本人と記入してください。				<input type="checkbox"/> 平成			
					<input type="checkbox"/> 令和			
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	右足大腿部骨折
	負傷年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 〇〇時頃
	負傷場所	自宅
	理由・詳細	自宅の階段から滑り落ちて右足を骨折する。
	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 checked="" 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

・被保険者のマイナンバー記載欄

千葉県機械金属健康保険組合

※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いが免除されます。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。