

# 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	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	
電話番号	TEL ( )		<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>		

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
	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="text"/>		
	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	平成 ・ 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

・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

受付日付印

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。