

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	1111	番号	12345	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 1 1 1 1 1 1
	被保険者等 ※						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎				
	住所	(〒 000 - 0000)	都道府県	〇〇市〇〇区〇〇町1-1 ××マンション203			
電話番号	TEL 090 (123) 4567						

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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	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	右足大腿部骨折				
	負傷年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input 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

※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

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