

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

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。

被保険者証 記号番号	—	事業所名		
被保険者	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
適用対象者	氏 名			続 柄
	生 年 月 日	年	月	日
限度額適用認定証交付希望期間		年	月	～
入院等の目的は外傷性（ケガ等）によるものですか？		はい ・ いいえ		
ケガの原因が第三者行為（他人の行為によるもの）ですか？		はい ・ いいえ		
健康保険限度額認定証の送付先が被 保険者の住所以外を希望する場合の 理由及び宛先		〒	—	
理 由			住 所	
			氏 名	
		電 話		
		(携帯)	続柄	

※厚生労働省の通達により「発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること。」と定められているため、前月に遡っての交付はできません。なお、申請のあった日は健康保険組合が受付した日とします。  
(例 10月18日に受付けた場合の発行日は 10月1日となります。)

※外傷性（ケガ）の場合は「負傷原因届」、第三者行為の場合は「第三者行為届」等の提出が必要になりますので健康保険組合に連絡してください。（第三者行為とは、相手による負傷で交通事故や喧嘩等が該当いたします。）

※被保険者の方が住民税非課税者の場合は、「限度額適用・標準負担減額認定証申請書」になりますので健康保険組合にお問合せください。

※限度額適用認定証は治療が終了した場合または有効期限を過ぎましたら、必ず健康保険組合にご返却ください。

※限度額適用認定申請書をFAXで送信された方は、申請書の原本は必要ですので健康保険組合宛に郵送してください。

年 月 日

〒

被保険者 住 所

氏 名

印

電 話 (固定)

(携帯)

健康保険組合理事長 殿

※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。

※健康保険組合 電話 045-201-8991 FAX 045-212-2445