

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

# 限度額適用認定証交付申請書

(兼 限度額適用・標準負担額減額認定申請書)

|                                                               |                                                                                                                                      |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由に☑してください <b>該当しない場合は申請不要です</b>                            |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> マイナ保険証による医療機関等の受診ができないため             |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 被保険者本人が市区町村民税非課税のため → 非課税証明書を添付して下さい |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 会社名                                                           |                                                                                                                                      | 事業所名                                                                                         |
|                                                               |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 部署名                                                           |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 記号                                                            | 番号                                                                                                                                   | 被保険者の氏名                                                                                      |
|                                                               |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 被保険者の住所                                                       |                                                                                                                                      | 日中の連絡先                                                                                       |
| 〒                                                             |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 適用対象者の氏名                                                      |                                                                                                                                      | 生年月日                                                                                         |
|                                                               |                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |
| 利用開始日                                                         |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 令和 年 月 日 発効日は健保組合へ申請書が届いた月の1日からとなります                          |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 診療の原因                                                         |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| 1                                                             | 他人の行為(自動車・自転車・歩行中の事故、ケンカ、食中毒等)によるものですか<br><input type="checkbox"/> はい→ 限度額適用認定は対象外です 「第三者行為傷病届」を提出して下さい <input type="checkbox"/> いいえ |                                                                                              |
| 2                                                             | 通勤途上又は、業務中によるものですか<br><input type="checkbox"/> はい→ 健康保険は使えません 事業所総務部門へ連絡して下さい <input type="checkbox"/> いいえ                           |                                                                                              |
| 診療理由が ケガ の場合、ケガ の原因・状況を詳しく記載して下さい                             |                                                                                                                                      |                                                                                              |
| ケガをした日<br>年 月 日                                               |                                                                                                                                      | ケガをした状況(詳しく)<br><br>学校行事中の場合○→(授業中・休憩時間中・部活動中・修学旅行中)                                         |
| ケガをした場所                                                       |                                                                                                                                      |                                                                                              |

|                                                                                                                     |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 送付先                                                                                                                 | 事業主総務部門担当者宛に送付致します(任意継続者は自宅宛に送付) |
| ・急ぎの場合のみ下記へ送付先を記入して下さい 簡易書留で発送します<br>・病院へ送付する場合は、病院での受取りが可能か、事前に確認の上選択して下さい                                         |                                  |
| <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                  |
| 住所                                                                                                                  | 〒 (※被保険者住所欄と同じ場合は同上で可)           |
| 宛名                                                                                                                  | 連絡先                              |

※受付日付印

|                       |               |    |
|-----------------------|---------------|----|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 有 効 期 間       | 区分 |
|                       | 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |

|      |
|------|
| 発信者印 |
|      |