

※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。

受付年月日	令和 年 月 日	決議書			
標準報酬月額	千円	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
有効期限	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日	認定証回収日		令和 年 月 日	

### 健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の	記号	番号	事業所名称		
	被保険者の	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	認定証が必要な方の	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	認定証の希望送付先を <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 社内便（本人宛） その他（ 宛） <input type="checkbox"/> 健保窓口引取り <input type="checkbox"/> 自宅宛 <input type="checkbox"/> 病院宛（入院中限定）			
	※下記住所と違う場合・・・様方、病院（階、病棟、号室）まで詳しくご記入ください		〒			
	入院・通院予定期間 ※標準報酬月額の変更により適用区分が変更する可能性があるため最高3カ月を限度としております。		入院	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
			通院	令和 年 月	～	令和 年 月
	次の3つの内容について、はい・いいえ（ <input checked="" type="checkbox"/> ）でお答えください					
	①	対象者は国や市町村の医療費助成等の対象となっていて、病院窓口負担の全額又は一部について助成を受けていますか？ <input checked="" type="checkbox"/> はいの場合、助成内容をご記入ください ・助成の種類（乳幼児医療、障害者医療、難病等）・・・「 」 ・助成該当年月日（いつから助成を受けているか）・・・「 」				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	②	傷病の原因は工作中・通勤途中・第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか？ <input checked="" type="checkbox"/> はいの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要ですので健康保険組合に連絡ください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	入院・通院月に属する年度分は、被保険者の方が、市区町村民税が非課税ですか？ ※4月～7月分は、前年度分になります。 <input checked="" type="checkbox"/> はいの場合、適用区分が変更になる場合がありますので健康保険組合に連絡ください。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 〒 エクセディ健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者の 氏名（本人署名） 電話番号（日中の連絡先）（ ） -						
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）					備考欄	
申 請 代 行 者 情 報	被保険者以外（ご家族以外）の方が申請される場合にご記入ください					
	氏名（本人署名）					
	電話（日中の連絡先）	（ ） -				
	被保険者との関係					
代理申請の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で手続きする家族がいないため <input type="checkbox"/> その他（ ）					
					受付日付印	