★マイナ保険証を利用することで限度額情報の同意は不要で提供されます★

医療機関・薬局でマイナンバーカードで受付をしてみよう！

1 受付にある顔認証付きカードリーダーをみつける

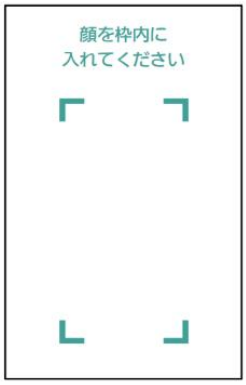
顔認識カードリーダーには複数の種類があります

2 マイナンバーカードを読み取り口に置く

※マイナンバーカードのカバー等は外してください
※カードリーダーによってマイナンバーカードの設置向きが異なるのでご注意ください

3 認証方法を選択し、本人確認を行う

①顔認証

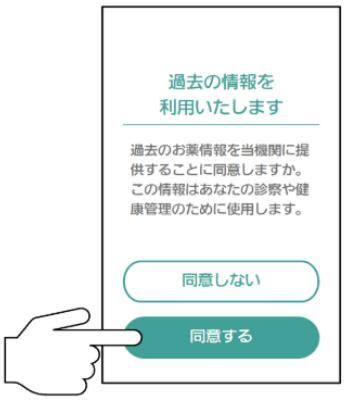


②暗証番号

※ 画面はサンプルです。カードリーダーの種類によって表示画面は異なります。

※ 暗証番号を連続して間違うと不正防止のためロックがかかります。（ロックがかかっても顔認証はできます）

4 画面の案内に沿って、情報提供の可否を選択



過去の健康医療情報の提供に**同意**いただくと、医師・薬剤師が過去の健康医療情報を確認できるようになり、正確なデータに基づくより良い医療が受けられます。

※ 画面はサンプルです。カードリーダーの種類によって表示画面は異なります。

5 マイナンバーカードでの受付の完了

マイナンバーカードをカードリーダーから取り出してください。
カードの取り忘れにご注意ください。

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。
便利なマイナンバーカード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

被保険者等の	記号		番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
被保険者の	氏名				生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
認定証が必要な方の	氏名				生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日

認定証の希望送付先を☑	□ 社内便（本人宛）その他（　　宛） □ 健保窓口引取り　□ 自宅宛　□ 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ヵ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（☑）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？ ☑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）・・「　　」	□はい □いいえ
②	傷病の原因は仕事中・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？　☑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。	□はい □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。☑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。	□はい □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）（　　）　－

申請代行者情報

被保険者以外の方が申請書を記入・提出す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）	（　　）　－
住所	
生年月日	□ 昭和□平成　年　月　日
被保険者との関係	□ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です □ 任意代理人 ※委任状の添付が必要です
代理申請の理由	□ 被保険者本人が入院中で手続きする家族がいないため □ その他（　　）

受付日付印