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。

ご記入前にご一読ください！！
オンライン資格確認を導入している医療機関等では、本人の同意があれば「限度額適用認定証」を提示しなくても、保険証またはマイナンバーカードのみで、窓口での支払いを自己負担限度額までとすることができます。「限度額適用認定証」の必要有無は各自で医療機関にお問合せください。

ご注意！！
傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

事		確認印	
	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

被保険者が記入するところ

被保険者等の	記号	1	番号	11111	記号番号が分からない場合はマイナ
		康太郎			
		康花子			
					□ 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、（　　号室）					〒111-1111　大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号 （医療法人）大阪病院〇〇階〇〇病棟〇〇号室
				入院	令和〇〇年5月1日～令和〇〇年6月30日
				通院	令和　年　月～令和　年　月

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

認定証の希望送付先が、病院の場合は、〇〇階〇〇病棟〇〇号室まで記載してください。なお、里帰り出産等で奥様の実家に送付する場合は、〇〇様方と記載してください。

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ヵ月を限度として記入してください。

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。

令和〇〇年5月1日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

〒 111-1112
住所　大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号
被保険者の 氏名（本人署名）　健康　太郎
電話番号（日中の連絡先）　0123-45-6789

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