

※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。

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。

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

被保険者証の 記号	1	番号	1111	事業所	株式会社〇△□
ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。		健康太郎		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。	
ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。		健康花子		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。	
認定証の希望送付先を <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 社内便（本人宛） <input type="checkbox"/> 健保窓口引取り		<input type="checkbox"/> 自宅宛 <input checked="" type="checkbox"/> 病院宛	
※下記住所と違う場合・・・様方、病院（階、病棟、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			
標準報酬月額の変更に適用区分が変更する可能性があるため最高3カ月を限度として記入してください。		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
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					
本人が記入するところ	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。					
令和〇〇年5月1日 〒 111-1112 エクセディ健康保険組合理事長 殿 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					
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
