

大京健康保険組合理事長 殿

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当

## 健康保険限度額適用認定申請書

◎マイナ保険証(マイナンバーカード)で受診する場合は申請不要

提出日 令和 年 月 日

健康保険証 記号・番号	—	事業所名 (出向者は雇用元)	
被保険者	氏名		電話番号 (日中の連絡先)
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	携帯内線 ( )
	契約期間 (有期雇用の場合)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (予定)	
認定証交付対象者 (認定証が必要な方)	氏名		被保険者との 続柄
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
認定証必要期間 (該当箇所に✓)	<input type="checkbox"/> 入院	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (予定)	
	<input type="checkbox"/> 外来	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (予定)	
受診医療機関			
傷病の原因 (該当箇所に✓)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産関係(帝王切開、切迫早産等) <input type="checkbox"/> 負傷		
負傷の原因 (該当箇所に✓)	第三者の行為(交通事故等)または勤務中(通勤中)によるものですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療費助成の有無 (該当箇所に✓)	国・地方自治体等で医療費助成を受ける資格をお持ちですか?		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定	
		<input type="checkbox"/> 障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 指定難病、小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> ひとり親医療費助成 <input type="checkbox"/> その他 ( ) *受給者証をお持ちの場合はコピーを添付、または後日健保に送付してください。	
認定証送付先 (送付先に✓)	<input type="checkbox"/> 郵便	住所 (〒 — )	
	<input type="checkbox"/> 社内便	会社名	所属

※申請代行は、被保険者本人が申請できない場合にご記入ください。

※申請代行者	氏名		電話番号 (日中の連絡先)
	住所	(〒 — )	被保険者との 関係
	申請代行の 理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## 【注意事項】

- \*医療機関の窓口で支払う限度額は被保険者の所得区分に応じて異なります。
- \*翌月以降に認定証必要期間が記載されている場合、申請月の1日以降に発行し発送します。
- \*70歳以上の方のうち、所得区分が一般・現役並みⅢの方は、認定証は発行されません。
- \*認定証の送付が郵便の場合、**特定記録(ポスト投函)**で送付します。
- \*認定証は有効期限が過ぎたら健康保険組合まで速やかに返納ください。

[受付日付印]

&lt;健保処理欄&gt;

適用区分	ア・イ・ウ・エ・現Ⅱ・現Ⅰ
標準報酬月額	千円
契約期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
受領日	令和 年 月 日 ( )
発送日	令和 年 月 日