

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の  
上位所得者・  
一般所得者用

(地区・事業所)

責任者		担当

マイナンバーカードをお持ちの方は、申請不要で限度額が適用されます。  
マイナンバーカードをご利用ください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(フリガナ)	所属			
	住所	(〒 - )	都(道) 府(県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<input type="checkbox"/> 認定対象者はマイナンバーカードを持っていません。(マイナンバーカードを持っていないことを確認して☑)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	被保険者の場合は記入の必要はありません						
	療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 ~ 令和 年 月	申請書提出月から始まる3か月以内の期間を記入してください。				

負傷(ケガ)がもとで申請する際に記入するところ	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む☐を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )	労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	傷病名		
	負傷日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通勤途中( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)	
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )	
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない	
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。			

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、原則地区または事業所の健康保険担当となりますので十分ご注意ください。

保険者使用欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	<input type="checkbox"/> 期間中の改定なし

常務理事	事務長		担当

受付日付印
-------