

マイナ保険証を利用すると
「限度額適用認定証」の申請は不要です。
保険証利用登録がお済みでない場合も、病院や薬局の
カードリーダーで簡単に申込みすることができます。
ぜひ、マイナ保険証をご利用ください。

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

会社名		事業所名	部署名	
〇〇株式会社		〇〇事業所	〇〇部 〇〇課	
記号	番号	被保険者の氏名		
XXXX	XXXXXX	健康 太郎		
被保険者の住所			日中の連絡先	
〒 XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X			XXX-XXX-XXXX	
適用対象者の氏名		生年月日		
健康 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日		
利用開始日				
令和 Y 年 M 月 D 日		発効日は健保組合へ申請書が届いた月の1日からとなります		
診療の原因				
1	他人の行為(自動車・自転車・歩行中の事故、ケンカ、食中毒等)によるものですか <input type="checkbox"/> はい→ 限度額適用認定は対象外です →「第三者行為傷病届」を提出して下さい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
2	通勤途上又は、業務中によるものですか(労災、通災の場合、保険証は使用できません) <input type="checkbox"/> はい→ 事業所総務部門へ連絡して下さい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
診療理由がケガの場合、ケガの原因・状況を詳しく記載して下さい				
ケガをした日 Y 年 M 月 D 日		ケガをした状況(詳しく) 自宅の階段で転倒して骨折した		
ケガをした場所 自宅		学校行事中の場合○→(授業中・休憩時間中・部活動中・修学旅行中)		

送付先: 事業主総務部門担当者宛に送付致します(任意継続者は自宅宛に送付)

- ・急ぎの場合のみ下記へ送付先を記入して下さい 簡易書留で発送します
- ・病院へ送付する場合は、病院での受取りが可能か、事前に確認の上選択して下さい

自宅 実家 病院 職場 その他()

住所 〒 - (※被保険者住所欄と同じ場合は同上で可)

宛名 電話連絡先

添付書類

- ・被保険者本人が低所得者(市区町村民税非課税)の場合は、非課税証明書を添付して下さい
非課税証明書は市区町村で発行しています

受付日付印

健 保 記 入	有効期間				区分		
	年	月	日	~	年	月	日

発信者印