記入例　限度額適用認定証の申請をしたいとき

給２７

健康保険限度額適用認定申請書

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。

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	ケンポ　タロウ	
	×××	×××××	被保険者氏名	健保　太郎	
事業所名（所属部署）	日本たばこ産業（株）〇〇〇支店△△△営業部		生年月日	昭・平・令　×年×月×日	
フリガナ	ケンポ　タクヤ	生年月日	昭・平・令　×年×月×日	被保険者との続柄	子
適用対象者の氏名	健保　拓也				
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	□　本申請書の提出を事業主へ委任します。（＊委任する方は□にレ点を付けてください。）				
発症または負傷の原因	外傷性（骨折・脱臼等）のけがですか　・　いいえ　・　はい				
	＊『はい』の場合、負傷の原因： 学校の体育の時間に、サッカーの練習をしていたとき、転倒して右足首を骨折した。				
	業務上・通勤途上によるものですか　・　いいえ　・　はい				
	第三者の行為によるものですか　・　いいえ　・　はい				
入院・外来の別	・　入院　・　外来 ＊『入院』の場合：　令和　××年　8月　20日より入院（予定）				
認定証の送付先	※被保険者の住所　・入院先医療機関　・その他（被保険者との関係　　）				
認定証の送付先が『※』以外の場合、その住所等を記入	〒□□□－□□□□ 連絡先TEL 氏名（名称）				

上記のとおり申請します。　　令和　××年　8月　10日

住　所　〇〇市〇〇区△△町２－１

ジェイティ健康保険組合　理事長　殿　　被保険者（申請者）

電話番号　×××(×××)0000

氏　名　健保　太郎　印

申請代行者が記入する欄

被保険者およびその家族（被扶養者）の方以外が申請する場合、その連絡先等を記入	〒□□□－□□□□ 連絡先TEL 名称（氏名）　印	被保険者との関係
申請代行の理由	・被保険者本人が入院中で外出ができない　・その他（　　）	

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、□にレ点にご記入下さい。

外傷性の場合、負傷の原因をご記入下さい。

入院の場合、入院する日をご記入下さい。

認定証の送付先が、被保険者の住所以外の場合、必ず送付先をご記入下さい。

郵送方法は、「簡易書留」となりますので、受取が可能な送付先にして下さい。

健保受付日付印

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号（12ケタ）をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

記入例　申請代行の方が、限度額適用認定証の申請をしたいとき

給２７

健康保険限度額適用認定申請書

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。

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	ケンポ　タロウ
	×××	×××××	被保険者氏名	健保　太郎
事業所名（所属部署）	日本たばこ産業（株）〇〇〇支店△△△営業部		生年月日	昭・平・令　×年×月×日
フリガナ / 適用対象者の氏名	ケンポ　タロウ / 健保　太郎	生年月日	昭・平・令　×年×月×日	被保険者との続柄：本人
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	□　本申請書の提出を事業主へ委任します。（＊委任する方は□にレ点を付けてください。）			
発症または負傷の原因	外傷性（骨折・脱臼等）のけがですか　・いいえ　・はい ＊『はい』の場合、負傷の原因：			
	業務上・通勤途上によるものですか　・いいえ　・はい			
	第三者の行為によるものですか　・いいえ　・はい			
入院・外来の別	・入院　・外来 ＊『入院』の場合：　令和　××年　8月　20日より入院（予定）			
認定証の送付先	※被保険者の住所　・入院先医療機関　・その他（被保険者との関係　父　）			
認定証の送付先が『※』以外の場合、その住所等を記入	〒 ×××－×××× 東京都△△区〇〇町2－2 連絡先TEL　×××（×××）3333 氏名（名称）　健保　一郎			

上記のとおり申請します。　令和　××年　8月　10日

住　所　〇〇市〇〇区△△町2－1

ジェイティ健康保険組合　理事長　殿　　被保険者（申請者）

電話番号　×××(×××)0000

氏　名　健保　太郎　印

申請代行者が記入する欄

被保険者およびその家族（被扶養者）の方以外が申請する場合、その連絡先等を記入	〒 ×××－×××× 東京都△△区〇〇町2－2 連絡先TEL　×××（×××）3333 名称（氏名）　健保　一郎　印	被保険者との関係：父
申請代行の理由	・被保険者本人が入院中で外出ができない　・その他（　　）	

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、□にレ点にご記入下さい。

外傷性の場合、負傷の原因をご記入下さい。

入院の場合、入院する日をご記入下さい。

認定証の送付先が、被保険者の住所以外の場合、必ず送付先をご記入下さい。

郵送方法は、「簡易書留」となりますので、受取が可能な送付先にして下さい。

（注）申請代行者が手続きを行うときは、押印不要です。

被保険者およびその家族（被扶養者）以外が、申請代行するとき、ご記入して下さい。

備考欄

（注）個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

健保受付日付印

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号（12ケタ）をご記入下さい。

（注）個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。