## 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。

╘		記号番号	フリガナ			1	
	被保険者証	記号 番号		ケンポ タロウ		-	
	の記号番号	××× ××××	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		第 生年月日 昭 令 × 年 × ×	× <mark>× × </mark>		
	フ リ ガ ナ	ケンポ タクヤ		年 月 日	被保 険者 👱		
被		健保 拓也	生年月日	昭 平 令 × × × × × ×	呼者 との 続柄	※個人番号が記載された 申請書を事業主経由で	
<b> </b>  保	個人番号が記載さ を事業主経由で提		請書の提出を事業主へ る方は口にレ点を付け			提出する方は、口にレ点にご記入下さい。	
		外傷性(骨折・脱臼等)の	かけがですか ・ い	いえ・はい		<u> </u>	
険		*『はい』の場合、負傷の	原因:				
		学校の体育の時間に、	外傷性の場合、				
者	発症または負傷の原因					↑ 負傷の原因をご記入下さ ↓ い。	
が		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					
記		・ 入院 ・ 外来				入院の場合、 入院する日をご記入下さ	
入	入院・外来の別	*『入院』の場合: 令:	和 ××年 <b>8</b> 月	<b>20</b> 日より入院(予定)	しい。 		
		※被保険者の住所 ・ み					
す		〒	√認定証の送付先が、被係 険者の住所以外の場合、				
る	認定証の <u>送付先が</u>		│ 必ず送付先をご記入下さ ┐ぃ。				
ବ	<u>『※』以外</u> の場合、 その住所等を記入	連絡先Tel	   郵送方法は、「簡易書留				
欄		氏名(名称)	となりますので、受取がる 能な送付先にして下さい				
	上記のとおり申請します。						
	住 所 ○○市○○区△△町2-1						
	   ジェイティ健康保険		保険者 注請者) 電話番号	×××(×××) <b>0000</b>			
			氏 名	健保 太郎 『			
	hd/D36-7/+/ 5-7%	〒	: :	BEND MANE		-	
記	被保険者および申しその家族(被扶						
入者	請し養者)の方以外代しが申請する場	連絡先屆					
記入する欄	行 合、その連絡先 等を記入	名称 (氏名)	EP EP	被保険者との関係			
州剌	が 申請代行の理由	<u> </u>	<u></u> 外出ができない ・		)		
<u></u>		J					
備	情考欄						
()	<ul><li>的個人番号を記載した場合に</li></ul>	は、個人番号および本人の確認を	※被保険者証の記 → タ)をご記入下さい。	<u>記号番号に代えて個人番号に</u> ヽ。	より申請する方	5は、個人番号(12ケ	
	するための添付書類が必要			<del></del>			

(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。

## 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。

		記号   番号   フリガナ   ケンポタロウ	1					
	被保険者証 の記号番号	××× ×××× 被保険者氏名 <b>健保 太郎</b>						
	事 業 所 名 (所 属 部 署)	日本たば <b>ご産業 (株) ○○○支店</b> △△△ <b>営業部</b> 生年月日 昭 令 × × × × × × × × × × × × × × × × × ×						
	フリガナ	ケンポータロウ 年 月 日 被保 除子						
被	適用対象者の氏名	健保 太郎   生年月日   昭介   × × × × × × × №   除者との続柄   本人	※個人番号が記載された					
保	個人番号が記載さ を事業主経由で提	れた申請書 ロ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 出する方 (*委任する方は口にレ点を付けてください。)	申請書を事業主経由で扱 出する方は、口にレ点に ご記入下さい。					
1210								
険		* 『はい』の場合、負傷の原因:						
者	発症または負傷の原因	┙ 外傷性の場合、   負傷の原因をご記入下さ   い。						
が		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						
記		入院の場合、 入院する日をご記入下さい。						
入	7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	]						
	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 <b>☆</b> )	認定証の送付先が、被保					
す		<b>₹  x x x </b> - x x x x	検者の住所以外の場合、 必ず送付先をご記入下さい。					
る	認定証の送付先が	<b>東京都△△区○○町2−2</b>						
8	<u>『※』以外</u> の場合、 その住所等を記入 連絡先配 ××× (×××) <b>3333</b>		郵送方法は、「簡易書留」					
欄		氏名(名称) 健保 一郎	となりますので、受取が可  能な送付先にして下さい。					
		ます。						
	   ジェイティ健康保険							
		(注)申請代行者が手続 きを行うときは、押印不要						
		氏名 健保 太郎 🖽	<sup>て</sup> です。					
	被保険者および	<b>₹</b>   <b>x</b>   <b>x</b>   <b>x</b>   <b>x</b>   <b>x</b>   <b>x</b>   <b>x</b>						
記	申るの家族(被扶請し養者)の方以外	東京都△△区○○町2-2						
入	間 食句 のが外代 が申請する場	連絡先Tel ×××(×××) <b>3333</b>	被保険者およびその家族					
記入する欄	行 合、その連絡先 者 等を記入 が	名称(氏名) 健保 一郎 間 被保険者との関係 父	](被扶養者)以外が、申請  代行するとき、ご記入して  下さい。					
		・被保険者本人が入院中で外出ができない・その他(						
健保受付日付印								
備考欄								
( <u>)</u>	※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 (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ご記入下さい。							
	するための添付書類が必要です。							