

健康 保 使 用 欄	適 用 区 分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ			常務理事	担当上司	担 当
	認 定 証 交 付 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	標準報酬月額	千円

健康保険限度額適用認定申請書

三谷健康保険組合 御中

被保険者等の 記号番号		—		記号番号が分からない 場合はマイナンバーを 記入してください														
事業所(会 社)の名称																		
被保険者	氏 名											日中連絡先電話番号						
												勤 務 先 — —						
	生年月日	昭・平 年 月 日										携 帯 — —						
												自 宅 — —						
適用対象者	住 所	〒 —																
	氏 名											被保険者 との続柄						
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																
	傷病の原因	病気 ・ ケガ(※) ・ 出産 (※)下記注意事項参照 その他 () ケガの場合のみ、負傷した日時、場所、状況を詳しく記入してください ()																
認定証 送付先	☐ 家族 ☐ 勤務先 ☐ 医療機関 上記の被保険者住所 へ送付の場合は、記入 の必要はありません	* 医療機関へ送付の場合は、必ずご本人に届くよう医療機関に病棟等宛先を確認してご記入下さい。 〒 —																
		宛名																
交付必要期間		* 発行する認定証の有効期限は最長1年間ですが、標準報酬月額改定等の事情により交付必要期間より前 の期限で発行させていただく場合があります。																
入院予定期間などをご記入下さい。		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

申請日 令和 年 月 日

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いが免除されます。
今回のような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。

《 注意事項 》

- ※ 傷病原因が、ケガ、交通事故などで第三者(自分以外の人)が原因の
場合には、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要ですので、
事前に当組合までご連絡ください。
- ◎ 業務上、通勤中のケガや病気は労災適用のため対象になりません。
(健康保険は使えません)
- ◎ 有効期限を過ぎて引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要
になります。

【申請書送付先・問い合わせ先】

〒910-8510
福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155