

※マイナ保険証で受診する場合は、限度額適用認定証の申請は必要ありません。
※マイナ保険証の利用登録をされている方には、限度額適用認定証を交付いたしません。

組合記入欄	起案年月日		令和	年	月	日	決裁年月日		令和	年	月	日
	常務理事	事務長	部 長		課 長		係 長		主 任		係	
	標準報酬月額				千円	適用区分 ア・イ・ウ・エ 70歳以上 I・II		新規・継続				

健康保険限度額適用認定申請書

申請者記入欄	被保険者等の 記号・番号		(記号)		(番号)		事業所名(勤務先)											
	被保険者		氏 名				生年月日		昭和 年 月 日 平成									
			住 所		〒		—											
	電話番号				T E L (日中の連絡先)		—		—									
	療養を受ける方		氏 名				生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和									
	療養予定期間 (8月31日を越える場合は、 9月1日からの分を改めて申請して下さい)		認定証の発効年月日(開始年月日)は、厚生労働省の通知により申請書が当組合に到着(受付)した日の属する月の初日と定められています。前月に遡っての発行はできません。															
			令和		年		月		～		令和		年		月			
	療養の原因		☐ 病気		☐ ケガ(外傷)		*ケガの時は下記にチェック											
	負傷日時		令和		年		月		日		(曜日:)		☐ 午前		☐ 午後		時頃	
	負傷状況		☐ 私用中		☐ 勤務時間中(テレワーク含む)		☐ 勤務日の休憩中(テレワーク含む)											
	負傷場所		☐ 通勤途中		☐ 出勤時		☐ 退勤時		☐ 出張中		☐ その他()							
	負傷原因		☐ 自宅		☐ 学校		☐ 会社内		☐ 路上		☐ その他()							
			☐ 交通事故		☐ ケンカ		☐ スポーツ中()		☐ 職場行事()									
			☐ その他()															
			「認定証」送付先 ※上記被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。															
		〒																
		—																
		払 込 希 望 金 融 機 関																
金融機関名		店名		預金種別		被保険者の口座名義・口座番号												
フリガナ()		フリガナ()				名義人		フリガナ										
銀行		本店		当座		口座番号												
信用金庫		支店		普通														
代理人申請欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。																	
	令和 年 月 日																	
	氏 名						被保険者との関係											
	住 所						申請代理理由											
電話番号																		
備考	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)																	

大阪金属間屋健康保険組合

受 付 年 月