

健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカードは  
限度額適用認定証の事前申請が不要になります！



健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者情報	保険証		生年月日
	記号	番号	
	〇〇	〇〇〇〇〇〇	昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
氏名	大崎 健太郎		

記号と番号は保険証に記載されています

認定対象者	療養を受ける方 <被保険者の場合は「氏名、生年月日」の記入の必要はありません>		
	氏名	大崎 健太郎	生年月日
	療養予定期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

家族に関する申請はこちらを記入

受診状況について	入院・外来区分	申請理由	傷病名
	入院 外来	病気・出産・ケガ	膝の靭帯損傷
	ケガの場合		
	負傷時の日時	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 AM・PM 〇〇 時頃	
	負傷の時	出勤前・出勤途中・勤務中・退勤中・退社後・出張中・休日	
負傷時の状況	サッカーの試合中に転倒し膝を強打したため		

分かる範囲でご記入ください

分かる範囲でご記入ください

希望送付先	住所	〒 ー ー
	電話番号	
	日中の連絡先	
	宛名	

ご記入下さい

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。	
	氏名	被保険者との関係
	電話番号	申請代行の理由
	日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 <下記に理由をご記入ください>

必要に応じてご記入下さい

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。 令和 年 月 日

【注意事項】  
 ・有効期限は申請があった日(組合受付日)の属する月から最長1年間となります。  
 継続して使用したい場合は、有効期限が切れましたら再度申請してください。  
 なお、前月にさかのぼっての申請はできません。  
 ・外傷または第三者行為による場合は健康保険組合にご連絡ください。

【申請方法】  
 メール、FAXのいずれかで申請をお願いします

mail: kenpo.tokyo@comsys.co.jp  
 fax: 03-3448-7167

受付日付印
-------

【お問合せ先】コムシスホールディングス健康保険組合 tel:03-3448-7285