

常務理事	事務長	課長	主任	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

ダイハツ系連合健康保険組合

被保険者証記号番号		—		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年	月
認定対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月
被保険者との続柄				
限度額適用認定証が必要となった理由は、第三者行為(交通事故やケンカ)による疾病・負傷でしょうか。 該当するほうに○をしてください。				
はい ・ いいえ				
被保険者(適用対象者)の住所		〒 —		
療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月			
申請年月日	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。

**\* マイナ保険証で受診をすれば「限度額適用認定申請書」の申請・証書の提示が不要となります。手続きが省略できますので、ぜひマイナ保険証をご利用ください。**

**\* 交通事故(自損事故を含む)・喧嘩などの「第三者行為による疾病・負傷」の場合は、健康保険組合まで事前に連絡してください。**

**\* 健康保険組合が申請書を受理した月の初日から有効の証書を発行させていただきます。**

確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄