

提出先: アクサ生命健康保険組合
メール: kenkohoken@axa.co.jp
(自署及び印不要。メール申請可)

常務理事	係長	検算	係

健康保険限度額適用認定申請書

※申請前に必ず医療機関等窓口で「マイナ保険証」の提示だけで「限度額適用認定証」が省略できるかご確認ください。

※被保険者の市区町村民税が非課税の場合は、「健康保険限度額適用認定申請書」の提出が必要です。

※下記太枠内へご記入をお願いいたします。

①被保険者証の	記号 番号	②被保険者の	氏名 生年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
③被保険者の現住所	〒			
	日中連絡先: 自宅・会社・携帯 () -			
④被保険者の勤務する事業所・所属の	(ア)名称	部・ 統括部・支社	営業所・ 課・グループ	分室
⑤被扶養者に係る申請の場合は、その者の	(ア)氏名	(イ) 生年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
⑥証を使用する期間(療養予定期間)	年 月 ~ <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 2か月 <input type="checkbox"/> 3か月 (最長) (3か月を超える場合は3か月にチェックし、期間終了前に再度申請してください)			
⑦傷病の原因は労災・通災又は第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
⑧⑦がはいの場合の発生原因	<input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故(相手 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑨被保険者の市区町村民税	<input type="checkbox"/> 市区町村民税	課税		
	<input type="checkbox"/> 市区町村民税	非課税⇒「被保険者の市区町村民税非課税証明書(原本)」を添付		
⑩希望送付先	<input type="checkbox"/> 社内便 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (病院に確認した上で、下記へ宛先を明確にご記入をお願いいたします。) *送付先が病院と自宅の場合は、『簡易書留』にて送付いたします。			
	〒			
⑪申請代行者欄	(ア)氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため (イ)申請代行の理由 <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑫担当者へのコメント	お急ぎの場合は、受取希望日を記載して下さい。(例:○月○日までに受取希望です)			

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。

受付日付印

発効年月	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
証返納日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
適用区分	