

提出先:	アクサ生命健康保険組合	常務理事	係長	検算	係
メール:	kenkohoken@axa.co.jp	申請前に、必ず、医療機関等窓口で「マイナ保険証」の利用について確認をお願いします。			

記入例

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	103 ※※※※	②被保険者 の 氏名 生年 月日	アキサ 阿草 知太郎 昭和 52年9月1日 平成
	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇県〇〇市〇〇町1-1
③被保険者の現住所	日中連絡先: 自宅・会社・携帯 (xxx) XXXX - XXXX		
④被保険者の勤務する 事業所・所属の	(ア)名称 白金 部・ 統括部・支社	白金 営業所・ 課・グループ	白金 分室
⑤被扶養者に係る申請 の場合は、その者の	(ア)氏名 阿草 花子	(イ) 生年 月日	昭和 平成 10年10月10日 令和
⑥証を使用する期間 (療養予定期間)	2024年5月 ~ <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 2か月 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 健保 花子	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 の理由 ()	
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:〇月〇日までに受取希望です) 例:5月10日までに受取希望で		

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	