▶マイナ保険証をお持ちの方は、医療機関で情報を取得できますので、原則交付はいたしません。

常務理事	事務長		担当者

健康保険　限度額適用認定証 交付申請書

以下のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。　　年　　月　　日

被保険者情報	被保険者等記号-番号	－　　個人番号		※左欄の記入があれば不要です。 －　　－	
	氏名	㊞		生年月日	年　月　日
	住所	〒　　－			
	電話番号	※日中、連絡が取れる番号を記入してください。			
適用対象者	氏名			生年月日	年　月　日
	続柄	希望有効期間	開始月（※1）　年　月 ～	終了月（※2）　年『2月・5月・8月・11月』	
送付先	送付先	1.被保険者住所　2.事業所　3.その他（備考欄に理由を記入してください。）			
	上記2・3の宛名/住所	〒　　－			
	備考				
今回の受診について	傷病名	1.病気（　　）　2.妊娠出産　3.外傷（下の欄も記入してください。）			
	負傷年月日	年　月　日　AM・PM　時　分頃			
	場所				
	負傷原因（※3）	具体的な場所、体の部位、どういう状況でケガをしたかを詳しく記入してください。			
申請理由	1. マイナンバーカードを持っていないため（紛失・更新等を含む） 2. マイナンバーカードはあるが保険証の利用登録をしていないため 3. マイナンバーカードに対応していない医療機関に受診するため 4. マイナ保険証による受診には第三者のサポートが必要なため 5. その他（　　）				

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

受付印

※1. 開始月より前にご申請いただいた場合は、希望開始月になりましたら交付いたします。
※2. 終了月を『2月まで、5月まで、8月まで、11月まで』の4つの区分から選んでください。
ただし、開始月から12ヶ月を超える場合は、その直前の区分までの交付いたします。
（例）2024年10月～2025年11月 希望 → 2024年10月～2025年8月 有効
※3. 労災や事故、けんか等の第三者行為による場合は、使えない場合があります。

千葉県自動車販売整備健康保険組合