

# 限度額適用認定証交付申請確認書

(被保険者本  
※太枠内は  
※使用開始

## 第三者行為、労災・通災以外でのケガや病気での記入例

」に添付)

被保険者証 記号・番号	記号			番号					適用対象者 氏名	健保 太郎	
	1	×	×	×	7	6	5	4			3
使用申請 の種類	<u>新規申請</u> (治療開始日)			R3 年 3 月 5 日 ~					年	月	日 / <u>未定</u>
	継続申請			9月 1日から有効					継続申請は、8月中に申請していただければ翌年の8月31日まで有効のものを交付します。		
対象者の 傷病原因	1. 第三者行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? <span style="float:right">はい <input type="radio"/> <u>いいえ</u> <input checked="" type="radio"/></span>										
	2. 工作中や通勤中(行き帰り)のものですか? <span style="float:right">はい <input type="radio"/> <u>いいえ</u> <input checked="" type="radio"/></span>										
	<p>(注)上記の、1または2が「はい」の方は、事前に健保事務センターまでご連絡ください。</p> <p style="text-align:right">健保事務センター (NTT 03-5334-1029) (JR 058-2914)</p> <p>1または2以外のケガやケガ以外の傷病原因の方は、下記にご記入ください。</p> <p>いつ <u>          R3 年 3 月 5 日          </u></p> <p>どこで <u>          〇〇市△△区□□1丁目2-3          </u></p> <p>何をしていた <u>          道路を歩いていた          </u></p> <p>どうなった <u>          段差に気がつかないで転倒をした際に右手を骨折した。          </u></p>										
医療費 助成制度	1. 医療費助成等の対象者で、病院窓口等で全額または一部について、国や地方自治体等の助成を受けていますか? <u>※助成等を受けていない方や受ける予定がない方は記入不要です。</u>										
	2. 以下の1～5に該当する場合は、ア～エを【 】内に記入してください。 「ア:はい」「イ:申請中」「ウ:所得制限で助成なし」「エ:助成ありから制限で助成なし」 ◎助成制度 1. 重度心身障害者医療【    】                      2. 乳幼児(子ども)医療【    】 3. ひとり親家族医療【    】                      4. 特定疾患医療【    】 5. その他助成制度 (                                      ) 【    】										
助成制度 内容確認	(注)上記に該当して、受給者証等をお持ちの方は、必要事項を記入してください。										
	受給者証交付箇所 (市区町村名等)			公費負担者番号(8桁)			有効期間		自己負担 上限額(円)		

# 限度額適用認定証交付申請確認書

(被保険者本  
※太枠内は必  
※使用開始日  
)に添付  
**有効期限切れとなり、引き続き使用したい場合の記入例**

被保険者証 記号・番号	記号			番号					適用対象者 氏名	健保 太郎
	1	×	×	×	7	6	5	4		
使用申請 の種類	新規申請 (治療開始日) 年 月 日 ~ 年 月 日 / 未定									
	継続申請			9月 1日から有効			継続申請は、8月中に申請していただければ翌年の8月31日まで有効のものを交付します。			
対象者の 傷病原因	1. 第三者行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? <span style="float:right">はい ・ いいえ</span>									
	2. 仕事中や通勤中(行き帰り)のものですか? <span style="float:right">はい ・ いいえ</span>									
(注)上記の、1または2が「はい」の方は、事前に健保事務センターまでご連絡ください。 健保事務センター (NTT 03-5334-1029) (JR 058-2914) 1または2以外のケガやケガ以外の傷病原因の方は、下記にご記入ください。										
いつ どこで 何を どうなった										
使用する内容が、新規申請時と内容が同じ場合は記載は不要です。										
医療費 助成制度	1. 医療費助成等の対象者で、病院窓口等で全額または一部について、国や地方自治体等の助成を受けていますか? ※助成等を受けていない方や受ける予定がない方は記入不要です。									
	2. 以下の1~5に該当する場合は、ア~エを【 】内に記入してください。 「ア:はい」「イ:申請中」「ウ:所得制限で助成なし」「エ:助成ありから制限で助成なし」 ◎助成制度 1. 重度心身障害者医療【 】 2. 乳幼児(子ども)医療【 エ 】 3. ひとり親家族医療【 】 4. 特定疾患医療【 】 5. その他助成制度 ( ) 【 】									
助成制度 内容確認	(注)上記に該当して、受給者証等をお持ちの方は、必要事項を記入してください。									
	受給者証交付箇所 (市区町村名等)	公費負担者番号(8桁)			有効期間			自己負担 上限額(円)		
2	〇〇県〇〇市	90 × × 5009			H30.10.1 ~ R1.9.30			500		
新規申請時と助成内容等が異なる場合(有効期間の変更、住所変更による交付箇所変更等)は記入をして下さい。										

# 限度額適用認定証交付申請確認書

(被保険者  
※太枠内  
※使用開

添付)

対象者が、医療助成制度を受けている方で、第三者行為でのケガなので、連絡を入れる必要がある場合の記入例

被保険者証 記号・番号	1	×	×	×	7	6	5	4	3	2	1	適用対象者 氏名	健保 太郎	
使用申請 の種類	新規申請 (治療開始日)				R3年3月5日		~		年		月		日 / 未定	
	継続申請		9月1日から有効			継続申請は、8月中に申請していただければ翌年の8月31日まで有効のものを交付します。								
対象者の 傷病原因	1. 第三者行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか?											はい・いいえ		
	2. 仕事中や通勤中(行き帰り)のものですか?											はい・いいえ		
(注)上記の、1または2が「はい」の方は、事前に健保事務センターまでご連絡ください。 健保事務センター (NTT 03-5334-1029) (JR 058-2914)													<b>健保に電話連絡が必要です。</b>	
1または2以外のケガやケガ以外の傷病原因の方は、下記にご記入														
いつ		R3年3月5日												
どこで		〇〇市△△区□□1丁目2-3												
何をしています													道路を自転車で横断中	
どうなった													車と接触をして転倒をした際に右手を着いて骨折をした	
医療費 助成制度	1. 医療費助成等の対象者で、病院窓口等で全額または一部について、国や地方自治体等の助成を受けていますか?													
	※助成等を受けていない方や受ける予定がない方は記入不要です。 2. 以下の1~5に該当する場合は、ア~エを【 】内に記入してください。 「ア:はい」「イ:申請中」「ウ:所得制限で助成なし」「エ:助成ありから制限で助成なし」													
◎助成制度														
1. 重度心身障害者医療【 】				2. 乳幼児(子ども)医療【ア】										
3. ひとり親家族医療【 】				4. 特定疾患医療【 】										
5. その他助成制度 ( ) 【 】														
助成制度 内容確認	(注)上記に該当して、受給者証等をお持ちの方は、必要事項を記入してください。													
	受給者証交付箇所 (市区町村名等)			公費負担者番号(8桁)			有効期間			自己負担 上限額(円)				
2	〇〇県〇〇市			90××5009			R2.10.1~R3.9.30			500				

## 限度額適用認定証交付申請確認書

対象者は、医療助成を受けていない方が、自転車での自損事故で、保険証使用の治療をしたいので、連絡を入れる必要がある場合の記入例

被保険者証 記号・番号	1	×	×	×	7	6	5	4	3	2	1	適用対象者 氏名	健保 花子
使用申請 の種類	新規申請 (治療開始日) R3年3月5日～ 年 月 日 / 未定												
	継続申請 9月1日から有効 継続申請は、8月中に申請していただければ翌年の8月31日まで有効のものを交付します。												
対象者の 傷病原因	1. 第三者行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>												
	2. 仕事中や通勤中(行き帰り)のものですか? はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>												
(注)上記の、1または2が「はい」の方は、事前に健保事務センターまでご連絡ください。 健保事務センター (NTT 03-5334-1029) (JR 058-2914) 1または2以外のケガやケガ以外の傷病原因の方は、下記にご記入ください。 いつ R3年3月5日 どこで 〇〇市△△区□□1丁目2-3 何をしていた 自転車を運転中 どうなった 道路に段差があったので、そのまま転倒をして胸を強打した													
医療費 助成制度	1. 医療費助成等の対象者で、病院窓口等で全額または一部について、国や地方自治体等の助成を受けていますか? ※助成等を受けていない方や受ける予定がない方は記入不要です。												
	2. 以下の1～5に該当する場合は、ア～エを【 】内に記入してください。 「ア:はい」「イ:申請中」「ウ:所得制限で助成なし」「エ:助成ありから制限で助成なし」 ◎助成制度 1. 重度心身障害者医療【 】 2. 乳幼児(子ども)医療【 】 3. ひとり親家族医療【 】 4. 特定疾患医療【 】 5. その他助成制度 ( ) 【 】												
助成制度 内容確認	(注)上記に該当して、受給者証等をお持ちの方は、必要事項を記入してください。また、④												
	受給者証交付箇所 (市区町村名等)	公費負担者番号(8桁)			有効期間				自己負担 上限額(円)				
医療費助成制度は、何も受けていないので未記入で提出する。													

