

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	2	1															
使用申請 の種類	<u>新規申請</u> (治療開始日)				H29年4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? はい <u>いいえ</u>																									
	2. 工作中や通勤中(行き帰り)のものですか? はい <u>いいえ</u>																									
<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>H29年4月5日</u></p> <p>どこで <u>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 内容確認	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 () 【 】																										
(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。																										
<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:30%">受給者証交付箇所 (市区町村名等)</td> <td style="width:30%">公費負担者番号(8桁)</td> <td style="width:20%">有効期間</td> <td style="width:20%">自己負担 上限額(円)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>											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)												
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
使用開始月)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? 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)										
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? <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【 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	県 市			90 × × 5009			H27.10.1 ~ H28.9.30			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

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

添付)

被保険者証 記号・番号	1	x	x	x	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	<input checked="" type="radio"/> 新規申請 (治療開始日) H29年4月5日 ~ 年 月 日 / <input checked="" type="radio"/> 未定												
	<input type="radio"/> 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? <input checked="" type="radio"/> はい · いいえ												
	2. 工作中や通勤中(行き帰り)のものですか? <input type="radio"/> はい · <input checked="" type="radio"/> 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)												
	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 <u>H29年4月5日</u> どこで <u>市区 1丁目2-3</u> 何をしていた <u>道路を自転車で横断中</u> どうなった <u>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</u>												
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【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	県 市			90 x x 5009				H28.10.1 ~ H29.9.30				500	

健保に電話連絡が必要です。

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) H29年4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 H29年4月5日 相手がいない事故ですが、健保へ届出が必要になりますのでご一報ください。													
どこで 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、												
	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。													

限度額適用認定証交付申請確認書

(被保
太
使

第三者行為、通災・労災以外でケガをされて、対象者は、二種類の医療助成制度を受けている場合の申請

添付)

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) H29年4月5日 ~ 年 月 日 / 未定											
対象者の 傷病原因	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。												
	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 checked="" type="radio"/> いいえ 2. 仕事や通勤中(行き帰り)のものですか? はい <input checked="" type="radio"/> 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) 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 H29年4月5日 どこで 中学校のグラウンド 何をしていた 友達とサッカーをして遊んでいて どうなった 転倒をして右手を着いた際に骨折をした												
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【ア】 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	県市			90 × × 5009			H28.10.1 ~ H29.9.30		0				
4	県市			54 × × 5017			H29.2.13 ~ H29.9.30		10,000				