

(別紙)

限度額適用認定証交付申請確認書

(被保険者本人が住民税非課税の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書」に添付)

太枠内は必ず記入をして、申請書と二枚一組で提出してください。

使用開始月分の支払いが終わっている場合は、翌月1日の申請日にして下さい。

被保険者証 記号・番号	記号			番号					適用対象者 氏名		
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>										
	2. 仕事や通勤中(行き帰り)のものですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>										
対象者の 傷病原因	(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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 どこで _____ 何をしていた _____ どうなった _____										
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? <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)			