**限度額適用認定証等　交付等の連絡票**

事業所名：　　　　　　　　　　　担当：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 従業員氏名： | | | |
| **本人の**署名または押印を省略することに  本人が同意していますか？　【必ず☑】 | **あり　　なし** | | |
| 発行後の送付先　【必ず☑】 | **事業主　　本人住所** | | |
| 交付等の対象者①　氏名（本人または家族） | 続柄 | マイナ保険証の利用登録 | |
|  |  | **あり　　【交付不要】**  **なし・わからない** | |
| **限度額適用認定証　　限度額適用・標準負担額認定証**  **特定疾病療養受領証** | | | **交付希望書類に☑** |
| 交付等の対象者②　氏名（本人または家族） | 続柄 | マイナ保険証の利用登録 | |
|  |  | **あり　　【交付不要】**  **なし・わからない** | |
| **限度額適用認定証　　限度額適用・標準負担額認定証**  **特定疾病療養受領証** | | | **交付希望書類に☑** |
| ＜参考：各書類の説明です＞  **限度額適用認定証**  医療費が高額になった場合に、窓口の負担額を一定額に抑えるための証明書です。  マイナ保険証の利用登録済みの方は不要なものです。  新規発行または再交付を希望する方は申請してください。  **限度額適用・標準負担額認定証**  住民税非課税世帯等の方で、入院や通院による1か月の医療費が、自己負担限度額を超えそうな場合に、窓口の負担額を一定額に抑えるための証明書です。  マイナ保険証の利用登録済みの方は不要なものです。  新規発行または再交付を希望する方は申請してください。  **特定疾病療養受療証**  特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける場合の証明書です。  マイナ保険証の利用登録済みの方は不要なものです。  新規発行または再交付を希望する方は申請してください。 | | | |

|  |
| --- |
| ◆各種証明書等の発行～到着までは、原則2週間程度かかる見込です。  　スムーズな制度利用のため、マイナ保険証のご活用をお勧めしています。 |