

限度額適用認定証交付申請書 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満 | 一般・上位所得者用

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号 987 番号 654321	② 事業所名称	(株)○○○○
	③ 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	④ 生年月日	昭平・令 ○○年 ○月 ○日
	⑤ 住所	〒110-0000 東京都墨田区○○ 1-2-3 □□マンション×××号	⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) ○○○○
			⑦ 提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認 定 対 象 者	⑧ 受診者	氏名 健保 花子 続柄 妻	④ 認定証を必要とする日(注1)	令和 ○年 ○月 ○日
	認定証を使用される方	生年月日 昭平・令 ○○年 ○月 ○日	☐ 受付月以前の認定証が必要であり、条件を満たしている場合は✓してください。(注2)	
	⑨ 傷病名	右膝靱帯損傷 (受診することとなった原因: ケガ)		
⑤	⑪ ケガが原因の場合(注3)	いつ 平令 ○年 ○月 ○日(土) 私用中・休日中・通勤途中・業務中	そのときの状況	飲食店に入ろうとしたところ、階段から転落した。

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2: 条件「医療機関への支払いを待ってもらっている」等を満たしている場合、認定証は申請書の受付月以前の1日から有効となります。

注3: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

申 請 代 行 者 欄	「申請代行欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	⑪ 氏名	⑫ 被保険者との関係	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため
	⑬ 電話番号 (日中の連絡先)	⑭ 申請代行の理由	☐ その他 ()

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑥	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。
---	--

受付日付印

希 望 送 付 先	⑦	希望送付先の下承を得ている場合は✓をしてください。(注4)
	⑮ 住所 (注5)	〒110-0000 東京都墨田区○○ 1-2-3 □□マンション×××号
	⑯ 氏名	健保 花子 様
	⑰ 被保険者証	記号 987 番号 654321

注4: 医療機関を希望送付先にする場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

注5: 申請書を返戻する場合は、被保険者住所または希望送付先となります。

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする日をご記入ください。認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。有効期限は70歳到達又は任意継続の場合を除き、発行日以後最初の8月末日まで(最大1年間)となります。受付月以前の認定証が必要な場合は、条件(注2)を確認してから□をしてください。
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(03-3843-1457)にお問い合わせください。
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
- 希望送付先が事業所や入院している医療機関等の場合は、事前に送付可能かご確認ください。その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。

注: ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。(二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印(又はサイン)が必要となります。)

この申請書の対象とならない方

70歳以上

70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

被保険者が非課税

標準報酬月額が53万円未満で、被保険者が市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。