限度額適用認定証交付申請書 記入例

服装 健康保険組合｜業務課 03-3946-8561

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

常務理事	事務長	部 長	課 長	係 長	担当者

（健保組合使用欄）

申請年月日 ❶ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者情報	❷ 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	（株）○○○○
	氏 名 ❸	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎 （押印不要）	生年月日	昭・平・令 ○○年 ○月 ○日
	住 所	〒 110 0000 東京都墨田区○○ 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090（ 1234 ）○○○○
			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	❹ 受診者（認定証を使用される方）	氏 名 健保 花子 続 柄 妻 生年月日 昭・平・令 ○○年 ○月 ○日	❺ 療養予定期間（認定証を必要とする期間（注1））	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで
	傷病名 ❻	右膝靭帯損傷 （受診することとなった原因 ケガ・ケガ以外 ）		
	ケガが原因の場合（注2）	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3か月の有効期限を設定し交付します。）

注2：原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

❼ 希望送付先	住 所	〒 110- 0000 東京 都・府・道・県 台東区○○ ×-×-×		
		△△病院××科○○号室	電話番号（日中の連絡先）	090（ 1234 ）○○○○
	あて名	健保 花子	被保険者との関係	妻

注3：医療機関を希望する場合は、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。

受付日付印

・マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

❽

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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

マイナンバーカードの利用

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、認定証がなくても限度額を適用することができます。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 申請書を提出する日付をご記入ください。

❷ 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。

❸ 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。

❹ 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。

❺ 認定証を必要とする期間をご記入ください。認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
（記載が無い場合、3か月間の有効期限を設定し交付します。）

❻ 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（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❼ 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関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。

❽ ❷の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

＊ 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。

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。