限度額適用認定申請書 記入例

玩具人形健康保険組合｜業務課03-3862-6851

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満｜一般・上位所得者用

常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	担当者

（健保組合使用欄）

❶ 申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者情報	❷ 被保険者証	記号 987　番号 654321	生年月日	(昭)・平・令　○○年　○月　○日
	氏名・❸	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住 所	〒 110－0000　東京 (都)・道・府・県　墨田区○○　×－×		
		□□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090（1234）○○○○
	事業所名称	（株）○○○○		

【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
	❻ 原因（注2）	外傷の場合（骨折・捻挫・打撲等）は、病名をご記入ください。　右橈骨遠位端骨折		
		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。

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ので、当組合にご連絡ください。

○ 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。

希望送付先	❼ 住所（注3）	〒 110－0000　東京 (都)・道・府・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。

○ 被保険者・認定対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	❽ 氏名	（フリガナ）		
	被保険者との関係		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
	申請代行の理由	□ 被保険者が入院中で外出できないため。 □ その他（　　）		

受付日付印

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。）

❾

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。

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 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。

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。（6ヵ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 被保険者・認定対象者以外の方が申請する場合に記入してください。

❾ ❷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。

この申請書の対象とならない方

７０歳以上の方

７０歳以上の一般所得者の方は、「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。

被保険者が非課税の方

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。