

健康保険限度額適用認定証申請書

申請日 令和 年 月 日

※欄は記入しないでください。

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号		—		※ 適用区分			
	被保険者	氏名			事業所	名称	<input type="checkbox"/> 任意継続・特例退職被保険者	
		生年月日	昭・平	年		月	日	所在地
	適用対象者 (使用する人)	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ			被保険者との続柄		
		生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	被保険者 (適用対象者) の住所等		〒 — TEL ()					
	限度額適用認定証の送付先		1. 自宅(上記住所) 2. その他(下記に送付先を記載してください。)					
			〒 — TEL ()					
	備考欄							
	交付開始希望月		自 : 令和 年 月			※ 至 : 令和 年 月 日		
使用する原因		<input type="checkbox"/> ケガが原因(以下記入)			<input type="checkbox"/> ケガ以外が原因			
ケガが原因の場合 はご記入ください		いつ	令和 年 月 日					
		どこで	<input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内			<input type="checkbox"/> その他()		
		何をしています						
		どのようなケガをした						

※負傷の際に相手がいる場合(交通事故・けんか等)は、「第三者の行為による傷病届」の添付が必要です。

被保険者および適用対象者以外の方が申請する場合に記入してください。(申請の際には、「適用対象者の被保険者証の写」と「申請代行者の身分を証明する書類(免許証等)の写」を添付してください。)

申請 代行 者 記 入 欄	申請代行者	氏名			被保険者との関係	
		住所	〒 — TEL ()			
	被保険者が申請できない理由					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 殿

【送付先】 〒135-0064 江東区青海1-1-20 ダイバーシティ東京オフィスタワー

- 【注意事項】
1. 申請は適用対象者ごとに行ってください。
 2. 適用対象者が70歳以上で「標準報酬月額が26万円以下」「標準報酬月額が83万円以上」の場合は、申請ができませんのでご注意ください。(70歳以上の特例退職被保険者の方は、申請が不要です。)
 3. 原則として交付期間は3ヵ月です。長期療養になる場合は備考にその旨ご記載ください(6ヶ月を限度に交付)
 4. 有効期限が過ぎた時、途中で不要になった時は限度額適用認定証を当組合にご返却ください。