記入見本

健康保険限度額適用認定証交付申請書

70歳未満の上位所得者・一般所得者用

マイナ保険証を利用すれば
限度額適用認定証の申請は不要です。

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証がなくても、本人が同意すれば限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者情報				
被保険者等	記号 123　番号 456		生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎		事業所名称	株式会社○○○○ ☐ 任意継続被保険者・特例退職被保険者
住所	(〒 012 ― 3456)	東京 (都)(道)(府)(県)	品川区○－○－○	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○(○○○○)○○○○			

認定対象者欄				
療養を受ける方 被保険者の場合は記入の必要はありません	氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和
受診することとなった原因	(ケガ)・ケガ以外	交付希望開始月(注1)	令和 ○○年 ○○月	希望交付期間 ☑ 3ヵ月間 ☐ 6ヵ月間
ケガが原因の場合(注2)	いつ	平成・(令和) ○○年 ○○月 ○○日 ( ) (私用中)・休日中・通勤途中・業務中	そのときの状況	階段から降りるときに踏み外し、足を骨折した

注1: **当組合が申請書を受理した月の1日から認定証を交付します。**
注2: 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。

希望送付先		
上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
住所	(〒 ―)	(都)(道)(府)(県)
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	

申請代行者欄			
「申請代行者欄」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。			
氏名		被保険者との関係	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	申請代行の理由	

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。　　令和○○年○○月○○日

【書類送付先】 〒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. **当組合が申請書を受理した月の1日から有効な認定証を交付します。**
2. 申請は適用対象者ごとに行ってください。
3. 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。
(70歳以上の特例退職被保険者の方は、申請が不要です。)
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。

受付日付印

※ 健保使用欄

発効年月日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月末
適用区分	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

中央ラジオ・テレビ健康保険組合