

(健保使用欄)

常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用

標準報酬月額 (R ~) 千円	
適用区分	ア・イ・ウ・エ / 現Ⅰ・現Ⅱ
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

R5.1.1

千葉県医業健康保険組合 宛

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

【非課税者以外】

※ この申請書を提出しない場合も、自己負担限度額を超えた一部負担金は後日払戻いたします。
(お手続きは原則不要。診療月から3か月以上かかります)

非課税の方は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請ください。

被保険者	保険証	記号	番号	【注意】 療養を受ける方がご家族（被扶養者）の場合も、 被保険者の氏名・生年月日・住所等をご記入ください。
	氏名	フリガナ		生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒 - TEL (日中の連絡先) - -		
	勤務先名称	TEL - -		

受療養の方	※ 対象者が被保険者の場合は記入不要です。		
	氏名	フリガナ	続柄 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

認定証が必要な期間	令和 年 月 から使用予定	※ 発効期間は原則、申請書受付月の初日から最初の8月31日までです。 9月1日以降も引き続き必要な場合は改めて申請書をご提出ください。
-----------	---------------	--

傷病の原因 (□に✓を記入)	① 勤務中・通退勤途中、業務に起因するものですか? (※感染経路不明なコロナ陽性者も「はい」にお進みください)	<input type="checkbox"/> はい	申請対象外です。勤務先事務担当者様に報告のうえ、労働基準監督署にご確認ください。
	<input type="checkbox"/> いいえ		
	② 交通事故（自損事故含む）、第三者行為によるものですか?	<input type="checkbox"/> はい	別途届出が必要です。健保宛てご連絡ください。 (医療給付課 TEL043-241-8514)
	<input type="checkbox"/> いいえ		
	③ ケガですか?	<input type="checkbox"/> ケガ (右欄に記入)	いつ 令和 年 月 日 () どこで <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () どんなとき <input type="checkbox"/> 私用中 ()
	<input type="checkbox"/> ケガ以外		
	上記①②③、いずれにも該当しません。 (□に✓を記入)	<input type="checkbox"/>	具体的な状況

認定証の送付先	原則、上記の被保険者住所に送付します。 (□に✓を記入)		<input type="checkbox"/> 了承しました。 <input type="checkbox"/> 【注意】を確認したうえで、下記住所に送付を希望します。
	【注意】 ※ 入院先宛の場合、入院先に事前に送付許可を得たうえで、宛先・宛名・部屋番号をご記入ください。 ※ 実家などの個人宅宛の場合で、送付先宅と宛名の苗字が異なるときは、「様方」をご記入ください。 ※ 記入漏れ・記入誤り等があった場合は、被保険者住所に送付いたします。		
	被保険者住所以外に送るとき	送付先 (□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> その他 ()
		送付先住所 〒 - 施設名・部署名 病室番号など 宛名 (個人名)	TEL - - (様方) 様 (被保険者との関係:)

申請代行者	※ 被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください (□に✓を記入)。		
	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 勤務先の事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 労務士 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()

留意事項 ※ 所得区分が変更になった場合は自己負担限度額が変わりますので、健保から通知があった際は、受診された医療機関等に所得区分変更の旨をご連絡ください。

／ 受付日付印 \

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。
有効期限に達したとき、被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、
そのほか健保から返納の求めがあったときは、速やかに健保宛て返納します。

申請書作成日： 令和 年 月 日

(健保使用欄)

< 提出先 >

〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港7-1 千葉県医業健康保険組合 宛

発送日

--