記入例

（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

R6.4.15

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しいたします。
（お手続きは原則不要。診療月から3か月以上かかります。）

➢ **マイナ保険証（※）を利用すれば、この交付申請は不要となり、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。**
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

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。
	0000	0000	
氏　名	フリガナ　イギョウ　タロウ 医業　太郎		生年月日 (昭和)・平成 00 年 00 月 00 日（ 00 歳）
住　所	〒 000 － 0000 ○○県○○市○○町○-○-○　○○マンション○○号室 TEL（日中の連絡先） 000 － 0000 － 0000		
勤務先名称	医療法人社団○○会 ○○病院 TEL 000 － 0000 － 0000		

療養を受ける方

※ 対象者が被保険者の場合は記入不要です。

氏　名	フリガナ　イギョウ　ハナコ 医業　花子	続　柄 長女	生年月日 昭和・(平成)・令和 00 年 00 月 00 日（ 00 歳）

認定証が必要な期間	令和 00 年 00 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）
☐ 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。
☑ 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？
☐ 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 TEL043-215-8205）
☑ いいえ

③ ケガですか？
☑ はい（右欄に記入）
☐ いいえ（ケガ以外）

④ 上記①②③のいずれにも該当しません。（☐に✔を記入） ☐

ケガのとき

いつ	令和 00 年 00 月 00 日（ 日 ）
どこで	☐ 自宅　☑ その他（ 旅行先のスキー場 ）
どんなとき	☑ 私用中（ スキーをしていたとき ）
具体的な状況	スキー中にバランスを崩して転倒

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）
→ ☐ 了承しました。
☑ 【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）	☑ 入院先　☐ お勤め先　☐ 実家　☐ その他（　）
送付先住所	〒 000 － 0000 △△県△△市△△町△-△-△ TEL 000 － 000 － 0000
施設名・部署名 病室番号など	医療法人社団 △△会 △△総合病院 △△病棟 △△号室
宛　名（個人名）	（様方） 医業　花子 様（被保険者との関係： 長女 ）

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	医療法人社団○○会 ○○病院 総務課 ○○	被保険者との関係	☑ 勤務先事務担当者　☐ 家族 ☐ 労務士　☐ その他（　）
電話番号（日中の連絡先）	000 － 000 － 0000	申請代行の理由	☑ 被保険者からの依頼 ☐ 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、５日以内に健保宛て返納します。

申請書作成日： 令和 00 年 00 月 00 日

（健保使用欄）
発送日

＜提出先＞
〒260-0013千葉市中央区中央3-10-4ﾏｰｷｭﾘｰ千葉8F 千葉県医業健康保険組合 宛

被保険者の情報をご記入ください（保険証に「被保険者」と表示された者のことです）。

療養を受けるご家族（被扶養者）の情報をご記入ください。
※被保険者が療養を受けるときは記入不要です。

勤務中・通退勤途中の外傷や疾病は、保険証を使用できません。

第三者行為とは、けんか（暴行）・食中毒・他人のペットに噛まれた・ゴルフプレー中やスキー衝突など。

ケガの場合のみ記入してください。

原則、被保険者住所に送付しますので、記入不要です。被保険者住所以外へ送付希望の場合のみ記入してください。