

# 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

## 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。診療日から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 0000	番号 0000	【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 イギョウ タロウ	生年月日 昭和・平成 00年 00月 00日 (00歳)	
	住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 〇〇マンション〇〇号室 TEL (日中の連絡先) 000 - 0000 - 0000		
	勤務先名称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 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	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)	<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。
	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)
	③ ケガですか?	<input checked="" type="checkbox"/> ケガ(右欄に記入)	いつ 令和 00年 00月 00日 (日)
		<input type="checkbox"/> ケガ以外	どこで <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (旅行先のスキー場)
	上記①②③、いずれにも該当しません。(□に✓を記入)		どんなとき <input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 了承しました。
		<input checked="" 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付するとき	送付先住所 〒 000 - 0000 △△県△△市△△町△-△-△ TEL 000 - 000 - 0000 施設名・部署名 医療法人社団 △△会 △△総合病院 △△病棟 △△号室 宛名(個人名) (様方) 医療 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 医療法人社団〇〇会 〇〇病院 総務課 〇〇	被保険者との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 労務士 <input type="checkbox"/> その他 ( )	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input checked="" type="checkbox"/> その他 (被保険者本人からの委任)

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。

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 00年 00月 00日

<提出先>

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

(健保使用欄) 発送日
----------------

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・他人のベットに噛まれた・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。