

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますのでマイナ保険証をぜひご利用ください。

年 月 日		
課長	係長	係

※ 組合使用欄

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※注意事項をお読みいただき太枠内をご記入願います。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者記号番号	—		② 事業所の名称 <small>任意継続被保険者の方は記載不要です。</small>			
	③ 被保険者	氏名				電話番号 <small>(自宅・携帯)</small>	
		生年月日	昭和 平成	年	月	日	電話番号 <small>(日中の連絡先)</small>
		住所	〒 —				
	④ 療養を受ける方 <small>(被保険者の場合は記入の必要がありません)</small>	氏名				被保険者との続柄	
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	⑤ 療養開始日 <small>(予定日)</small>	平成・令和	年	月	日	入院・外来	※日付が未定の場合は、○月頃等 予定月の記載で結構です
	⑥ 療養の原因	ケガ(外傷)・病気・出産					
	⑦ 療養の原因がケガ(外傷)の場合のみご記入ください。 お手数ですが、いつ、どこで、何のために何をして、どうなったか詳細をご記入ください。	負傷日時	平成・令和 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分頃				
		負傷場所	<input type="checkbox"/> 仕事(パート・アルバイトを含む)への行き帰りの途中 <input type="checkbox"/> 仕事(<input type="checkbox"/> 作業中 <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input type="checkbox"/> 出張又は仕事の外出時) <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 休日の外出時 <input type="checkbox"/> その他()				
負傷原因		どんな目的で(何をしているとき) どのように(どんな状況で)負傷したのか					
負傷状況		<input type="checkbox"/> 交通事故(<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 相手がいる場合) ※スポーツ中のケガ等で相手への損害賠償請求が生じない場合は、「単独」を選択してください。 <input type="checkbox"/> 交通事故以外(<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 相手がいる負傷) <input type="checkbox"/> 施設や設備の不備による負傷					
⑧ 非課税確認欄	<input type="checkbox"/>	被保険者が非課税者の場合は、「チェック」をしてください					
⑨ 「認定証」送付先 上記住所と別の送付先をご希望の方は、ご記入ください。	受取人名				被保険者との続柄	TEL	
	〒 —						

《注意事項》

- ・被保険者及び家族一人に対し一枚の申請書の提出が必要となります。
- ・被保険者が住民税非課税の場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」も併せて申請して下さい。
- ・被保険者の方が非課税の場合は、確認欄に必ず「チェック」をしてください。※被扶養者が非課税の場合は、チェックの対象外です。
- ・医療機関を変更されても有効期限内であれば、引き続きご使用になれます。
- ・70歳以上75歳未満の方で、一般所得者(2割負担)の方は「高齢受給者証」を提示することで一定額(自己負担限度額)までの支払となりますので、「限度額適用認定証」は原則 必要ありません。
- ・ケガ(外傷)で相手がいる場合(損害賠償請求が生じる場合)は、「第三者の行為による傷病届」等の提出が必要となります。
- ・単独の交通事故の場合は、「事故証明書」と「事故発生状況報告書」の両方が必要となりますので、下記までご連絡ください。
- ・認定証の発効年月日は厚生労働省の通知により申請書が当組合に到着(受付)した日の属する月の初日と定められていますので、前月に遡った日付での交付は出来ません。(例:2月15日に申請書が到着した場合、発効年月日は2月1日となります)

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 日提出

※有効期限に達したとき、被保険者、被扶養者の資格がなくなったとき、または使用が終わったときは、必ずご返却ください。

《提出先》 113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課 宛 ☎ 03-3834-7215

※ 組合使用欄

受付百符印

改定年月	年 月	月額	千円	所得区分
発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	