※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

被保険者等記号・番号	―	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください			
③ 被保険者	氏名		事業所名称		
	生年月日	昭和 平成　年　月　日	電話番号（日中の連絡先）		
	住所	〒　―			
④ 交付対象者（被保険者の場合は記入不要）	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（予定日）	令和　年　月　日　入院・外来 ※日付が未定の場合は年月のみご記入ください。	※原則、当組合受付（到着）月の1日からの発行となります。やむを得ない事情で遡っての発行を希望する場合は、必ず事前に当組合までご相談ください。			
⑥ 療養の原因	ケガ（外傷）・病気・出産・その他（　　）				
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	令和　年　月　日（　曜日）午前・午後　時　分頃			
	負傷場所	□仕事(パート・アルバイトを含む)への行き帰りの途中 □仕事中（□作業中　□休憩時間　□出張又は仕事の外出時）□自宅内 □休日の外出時　□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	□交通事故（□単独　□相手がいる場合） □交通事故以外（□単独　□相手がいる負傷） □施設や設備の不備による負傷	※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。		
⑧ 非課税確認欄	□　被保険者本人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。
- 有効期間は、原則発行年月（当組合受付月の1日）から1年間です。有効期間内であれば、医療機関を変更されても引き続きご使用になれます。
- 被保険者本人が住民税非課税の場合は、確認欄に必ず「チェック」をしてください。
  ※次の場合は非課税（チェック）の対象外です。
  ①被扶養者が非課税　②被保険者本人は非課税だが所得区分ア・イ　③被保険者が海外在住
  なお、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」、「非課税証明書」も併せてご提出ください。
- 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。下記までご連絡ください。

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。　　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

受付日付印

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	低所得	

東京都電機健康保険組合((R7.1)

※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

記入例

健康保険限度額適用認定交付申請書

※　　内をご記入願います。

被保険者が記入するところ						
被保険者等記号・番号	×××ー××××	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
③	被保険者	氏名	電機　太郎	電話番号（自宅・携帯）	00-0000-0000	
		生年月日	昭和 平成 38 年 8 月 1 日	電話番号（日中の連絡先）	000-0000-0000	
		住所	〒 113 ー 0034 東京都文京区湯島　○○ ー ○○ - ○○			
④	交付対象者（被保険者の場合は記入不要）	氏名	電機　花子	被保険者との続柄	妻	
		生年月日	昭和 平成 令和 38 年 9月 1日			
⑤	療養開始日（予定日）	令和 6 年 2 月 10 日 入院 外来 ※日付が未定の場合は年月のみご記入ください		※原則、当組合受付（到着）月の1日からの発行となります。やむを得ない事情で遡っての発行を希望する場合は、必ず事前に当組合までご相談ください。		
⑥	療養の原因	ケガ（外傷）・病気・出産・その他（　　）				
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	令和 6 年 2 月 7 日（ 日 曜日）午前・午後 11 時 00 分頃			
		負傷場所	□仕事(パート・アルバイトを含む)への行き帰りの途中 □仕事中（□作業中　□休憩時間　□出張又は仕事の外出時）□自宅内 ☑休日の外出時　□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 公園でランニング中、段差に躓いて転倒、足を骨折			
		負傷状況	□交通事故（□単独　□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、 ☑交通事故以外（☑単独　□相手がいる負傷） □施設や設備の不備による負傷			
⑧	非課税確認欄	□	被保険者本人が非課税者の場合			
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		
		〒　　ー				

被保険者の記載されている住所（③欄）と違うところへ郵送を

【申請にあたって】

◆被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格確認画面」、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

◆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。

◆更新・再発行について

・以前発行した限度額適用認定証をお持ちの方が更新をされる場合は、申請書を再度作成・ご提出ください。なお、 申請書提出時に発行済みの認定証をご返却ください。（有効期間内であっても差し替えのためご返却ください。）

・発行済みの認定証を紛失等されて再発行をご希望の場合は、「限度額適用認定証滅失届」と申請書をご提出く ださい。

・認定証をお持ちの方が再雇用、任意継続資格取得等で資格確認書の番号が変更となる場合や、氏名変更があった場合も、発行済みの認定証をご返却いただき、再度申請書をご提出ください。変更後の番号や氏名等で自動的 に発行はされません。

◆発行までの所要期間・送付先について

電機健保で受理後、不備がある場合を除き3営業日以内に簡易書留で発送いたします。

お勤め先や、ご家族様等へ送付希望の場合、部署名や宛名を詳細にご記入ください。

※ご入院中で、同居のご家族がいらっしゃらない等、やむを得ない場合は直接医療機関等への送付も可能です。 医療機関等へ受取可能かを必ず事前にご確認いただいた上で、宛先（受取先の病棟、担当係名等）を詳細にご記入ください。

◆有効期間等について

有効期間は原則、当組合受付（到着）月の1日から1年間です。やむを得ない事情で遡って発行する場合は、必ず事前に当組合までご相談ください。

入院・外来・調剤薬局・訪問看護で提示できます。（複数の医療機関を利用された場合は、医療機関ごとに自己負担限度額までお支払いいただく必要があります。）また、医療機関を変更されても、有効期間内であれば引き続きご使用になれます。

◆被保険者本人が非課税の場合

「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」、「非課税証明書」も併せてご提出ください。非課税証明書は、受診（申請対象）月により、添付いただく証明書の年度（所得年）が異なります。申請予定の方は事前に医療給付課までお問い合わせください。

※被扶養者が非課税の場合は、対象外です。また、所得区分がア・イ（70歳以上の方は標準並みⅢ、Ⅱ）の場合は被保険者本人が非課税であっても対象外です。

※赴任等で海外在住の方は、住民税の制度自体の対象とならないため、対象外です。