

※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

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	123 - 4567	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>	株式会社 ○○○電機		
	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 - 0034 東京都文京区湯島 ○○ - ○○ - ○○			
	④ 療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません)	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)	平成・令和 3年 2月 10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、どうなったか詳細をご記入ください。	負傷日時	平成	令和	3年 2月 7日(日曜日)	午前・午後 11時 00分
		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"/> 仕事中(<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 checked="" type="checkbox"/> 休日の外出時 <input type="checkbox"/> その他()			
負傷原因		どのような目的で(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		<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 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故以外(<input checked="" type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 相手がいる負傷) 損害賠償請求が生じない場合は、 <input type="checkbox"/> 施設や設備の不備による負傷 「単独」を選択してください。				
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					
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		

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希望される場合のみ、ご記入ください。

【申請にあたって】

◆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保険証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、申請(受付)日の月初日から1年間です。

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、医療機関ごとに各自負担限度額までお支払いただく必要があります)また、医療機関を変更された場合、有効期間内であ