

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・係

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

◆申請の前に、必ずお読みください。

- 当組合が申請書を受理した月の1日から適用されます。有効期限は原則として8月31日(非課税の方は7月31日)となります。
- 申請書に記載漏れや不備がない場合、通常は申請書を受理した翌営業日に発送・お渡しとなります(更新を除く)。
- 70歳以上の場合、高齢受給者証の負担割合が2割の方(被保険者が市区町村民税の非課税者である場合を除く)や、負担割合が3割かつ標準報酬月額が83万円以上の方は、高齢受給者証の提示により限度額適用認定証と同様の取扱いとなるため、本申請は不要です(標準報酬月額が不明な方は会社もしくは健保組合までお問合せください)。
- 業務中や通勤・帰宅途中(パート・アルバイトも含む)で発生した傷病には使用できません。また交通事故など第三者の行為が原因の場合は「第三者行為に係る傷病届」の提出が必要となります。

(社)被 保 険 者 本 人	記号	1000	番号	10	
	氏名	東証 太郎		電話番号 (日中連絡先)	090 - ××××× - ×××××
	現住所	(〒 ×××× - ××××) 東京都中央区●●町1-2-3 ●●マンション 101号室			
	市区町村民税	<input checked="" type="checkbox"/> 課税者 <input type="checkbox"/> 非課税者(申請前に健保組合へお問合せください)			

(限 度 額 適 用 認 定 証 を 使 用 さ れ る 方)	氏名	東証 花子	電話番号 (日中連絡先)	090 - ××××× - ×××××
	申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 適用区分変更 <input type="checkbox"/> 紛失		
	国または都道府県・市区町村から医療費の助成を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	いつから	(令和 6 年 2 月 20 日)
		<input type="checkbox"/> いいえ	制度名	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療 <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性医療 <input type="checkbox"/> 難病医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> その他()
申請理由	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 出産			
ケガの場合	負傷日	(令和 6 年 3 月 30 日)		
	負傷理由 どこで・ 何をしていて	休日以外外出中、路上で段差につまずき右膝靭帯損傷		
受 領 方 法	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の現住所へ郵送			
	<input type="checkbox"/> 上記以外へ郵送 ※ 医療機関を希望される場合は、事前に医療機関担当者へ送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。	住所	(〒 -)	
	<input type="checkbox"/> 窓口受取り	宛名	<input type="checkbox"/> 本人(受取時に身分証明証をお持ちください) <input type="checkbox"/> 事業所担当者	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です)。なお、マイナンバーを記載した申請書を事業所経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。

備考欄	
-----	--

申請書提出先 〒103-0025 東京都中央区日本橋茅場町3-1-2 東京証券業健康保険組合 業務部
TEL:03-3666-1881(平日9:00~17:00)