

健康保険 限度額適用認定 申請書

一般・上位所得者用

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	係
年月	年	月	標準報酬		区分
交付	郵送・手渡し	備考			

(健保組合使用欄)

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	〒	—	都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()	
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄	療養予定期間 認定証を必要 とする期間(注1)	令和	年	月	日から
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	日まで	
	傷病名	(受診することとなった原因: ケガ・ケガ以外)						
ケガが原因 の場合 (注2)	いつ	令和	年	月	日()	そのとき の状況		
		私用中・休日中・通勤途中・業務中						

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()	
	あて名				被保険者 との関係		

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に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。

○ 「申請代行者欄」は、被保険者および被扶養者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名・印	印	被保険者 との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)		()	申請代行の理由

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

限度額適用認定申請書 記入例

東京都二ツト 健康保険組合 | 業務部 03-3626-1400

健康保険 限度額適用認定 申請書					
一般・上位所得者用					
常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	係
年月	年 月	標準報酬		区分	
交付	郵送・手渡し	備考			

申請年月日 令和 ××年 ×月 ×日

被保険者情報	被保険者証 記号 8765 番号 4321	生年月日 昭(平)令 ××年 ×月 ×日
	氏名・印 (フリガナ) トウキョウ ハナコ	印 一 自署の場合は押印を省略できます。
	住所 〒110-0000 東京 (都・道府・県) 〇〇区〇〇〇 ×-×-×	電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××
	事業所名称 〇〇〇〇(株)	提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認定対象者	受診者 氏名 東京 一郎 続柄 長男	療養予定期間 令和 ××年 ×月 ×日から
	認定証を使用される方 生年月日 昭(平)令 ××年 ×月 ×日	認定証を必要とする期間(注1) 令和 ××年 ×月 ×日まで
	傷病名 右膝靭帯損傷	(受診することとなった原因: ケガ・ケガ以外)
ケガが原因の場合(注2)	いつ 令和 ××年 ×月 ×日(土) 私月中・休日中・通勤途中・業務中	そのときの状況 パレーの練習中アタックを打つためジャンプをして、着地の際に痛みが走った。

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

8 記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所(注3) 〒110-0000 東京 (都・道府・県) 〇〇区〇〇〇 ×-×	電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××
あて名	△△病院 〇〇科 ×××号室	被保険者との関係 本人

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に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。

〇「申請代行者欄」は、被保険者および被扶養者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名・印 (印)	被保険者との関係
電話番号 (日中の連絡先)	()	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

9 マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (印)

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。
認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。
ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。
その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- 2の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

この申請書の対象とならない方

70歳以上の方

70歳以上の現役並み所得者(標準報酬月額83万円以上)・一般所得者(標準報酬月額26万円以下)の方は、

被保険者が非課税の方

標準報酬月額が53万円未満で、被保険者が市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。