

健康保険限度額適用認定証の申請について

ご確認ください！

限度額適用認定証交付対象となる方(以下の条件を全て満たしている方)

- ・関東ITソフトウェア健康保険組合の被保険者または被扶養者の方
- ・70歳未満の方(上位所得者・一般)、もしくは70歳未満および70歳から74歳で低所得者(住民税非課税世帯)に該当の方
- ・入院中・外来診療中又はその予定がある方
- ・高額療養費に該当する見込みがある方

健康保険 本人(被保険者) 平成〇〇年〇〇月〇〇日交付
被保険者証 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇

ケンポ タロウ
氏名 健保 太郎
昭和〇〇年〇〇月〇〇日 性別 男
生年月日
資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

保険者番号
保険者名称 関東ITソフトウェア健康保険組合
保険者所在地 東京都新宿区百人町2-27-6
電話番号 03(5925)5300

印

こちらの上部が黄色の健康保険証をお持ちでない方は関東ITソフトウェア健康保険組合の被保険者及び被扶養者ではない可能性があります。健康保険証の下部に記載されている保険者名称をご確認いただき、ご加入の健保組合、協会けんぽ、国保などへお問い合わせください。

◆注意◆

仕事や通勤途中で発生した傷病の場合は使用できません。
外傷性の傷病(ケガまたはケガが原因の病気)の場合はご申請の前に必ず求償課(TEL03-5925-5326)にご連絡ください。

申請必要書類

- ・70歳未満(上位所得者・一般)
健康保険限度額適用認定申請書
- ・70歳未満および70歳から74歳で低所得者(住民税非課税世帯)
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

なお、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書についてはホームページからダウンロードできませんので、審査課(TEL03-5925-5304)へご連絡ください。

申請方法及び郵送先

- ・郵送または窓口での交付
- ・〒169-8516
東京都新宿区百人町2-27-6 関東ITソフトウェア健康保険組合 審査課 宛

健康保険限度額適用認定申請書 (記入例)

◎記入の際は留意事項・別紙記入例をよくご確認ください。

	記号	番号		
	〇〇〇〇	〇〇〇〇		
① 被保険者	フリガナ	ケンポ タロウ		
	氏名	健保 太郎	名称	●●株式会社
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 平成	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇
	住所電話番号	被保険者の自宅住所をご記入ください。 TEL 03 (〇〇〇〇) ××××		
② 認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 平成	性別	男・女
③ 認定証送付先 (被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません)	被保険者住所以外の場所に認定証の送付を希望される場合はこちらに記入してください。 (例)奥様が出産で里帰りをしていて、奥様の実家に送付を希望されるとき 健保花子 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇丁目〇番〇号 〇〇 〇〇 〇〇			
	④ 認定証必要期間 (必ずご記入下さい) 平成〇〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日			
⑤ 申請代行者	氏名	●●(株)△△□□	被保険者との続柄	事務担当者
	電話番号	TEL 03 (××××) 〇〇〇〇		
申請代行の理由 ① 被保険者本人が入院中のため。 (申請代行の理由は原則被保険者が入院した場合に限ります)				

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。

認定証必要期間 記入について

限度額適用認定証を使用したい期間(入院・外来に関わらず、高額な医療費が見込まれる期間)をご記入ください。申請があった日(当組合受付日)の属する月から最長1年間の間となります。最長の1年間を過ぎて使用したい場合は、有効期限が切れましたら再度申請書をご提出ください。なお、前月に遡っての申請はできません。

◀例▶ 4月15日～5月13日の入院予定の場合
・4月中に当組合受付 4月15日～5月13日 と記入
・5月中に当組合受付 5月1日～5月13日 と記入
※前月に遡れないのでこの場合は5月1日～とご記入ください。

5月13日～翌年7月31日の通院での使用の場合

- ・5月中に当組合受付 5月13日～翌年4月30日 と記入
- ・6月中に当組合受付 6月1日～翌年5月31日 と記入

※1度の申請で最長1年間となりますので有効期限が過ぎてからも使用したい場合は、有効期限の翌月1日以降にお手持ちの限度額適用認定証と新たな申請書をご提出ください。

① 被保険者の情報を記入してください。被扶養者が交付対象者でも記入が必要です。事業所欄については支店や出向、派遣の方は本社を記入してください。住所欄は被保険者のご自宅の住所(マンション名等)、TELは日中繋がる番号を記入してください。

② 被扶養者が交付対象者(入院・通院でご利用される方)の場合は、こちらに交付対象者の方の情報を記入してください。

③ 事業所住所に送付を希望される場合は「事業所名称・部署名・受領者氏名(被保険者または事務ご担当者等)」を必ずご記入ください。

④ 必ず記入してください。日にちの記入がないと、認定証の発行ができません。記入については下記をご参照ください。

⑤ 被保険者・認定証交付対象者以外の方が申請書を作成する場合はこちらも記入してください。

当組合ホームページ「よくあるご質問」も一緒にご覧ください。
(<http://www.its-kenpo.or.jp/qa/hoken.html#genndo01>)