

【関東ITソフトウェア健保使用欄】

課長	係長	主任	主任	係

処 理 結 果	
発 効 月 日	平成 年 月 日
有 効 期 限	平成 年 月 末
適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ

健康保険限度額適用認定申請書

◎記入に際しては裏面の留意事項・別紙記入例をよくご確認下さい。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号		
	氏 名	(フリガナ)		生 年 月 日	
			Ⓜ	昭和 ・ 平成	年 月 日
住 所	〒 -				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

受 療 養 を 受 け る 方 を	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。				
	氏 名	(フリガナ)	性 別	生 年 月 日	
			男 ・ 女	昭和 ・ 平成	年 月 日

認 定 証 必 要 期 間	(必ずご記入下さい) 受付月の初日より前に 遡って申請はできません。	平成 年 月 ~ 平成 年 月
------------------	--	-----------------

送 付 先	上記被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。被保険者住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。 *会社宛の場合は社名・部署名等、病院宛の場合は病院名・病室等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。				
	住 所	〒 -			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
	*社名・部署名 病院名・病室等		宛名 (個人名)		

申 請 代 行 者 欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏 名		被 保 険 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申 請 代 行 の 理 由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため。 <input type="checkbox"/> その他	

【備考】
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、備考欄へ記入してください。 (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添付書類が必要です。)

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

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。

[限度額適用認定証の申請における留意事項]

限度額適用認定証の交付対象者は入院・外来診療中又は入院・外来診療等の予定のある方に限ります。

限度額適用認定証の有効期限は、入院・外来診療等の予定期間に基づいて定めますので認定証必要期間を必ずご記入ください。ただし、厚生労働省の通達により「発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、前月に遡っての発行はできません。

有効期限は発効日の属する月から原則最長1年以内の月の月末となります。

被保険者又は被扶養者が下記の事由に該当した際には、認定証を返納してください。

- ① 被保険者が資格を喪失したとき。
- ② 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
- ③ 認定証の有効期限に達したとき。
- ④ 被保険者が所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなったとき(適用対象者が70歳に達する月の翌日に至ったときを含む。)
- ⑤ 適用対象者が後期高齢者医療制度の対象者となったとき。
- ⑥ 被保険者が加入している保険者に変更があったとき。

窓口にて認定証の交付を受けられる場合は、来所された方の本人確認を保険証発行時と同じ方法でさせていただきます。詳しくは当組合ホームページ「**来所時のご注意**」をご覧ください。

<http://www.its-kenpo.or.jp/profile/raisho.html>

業務災害以外の病気やケガで治療を受ける場合に適用となります。工作中や通勤途中で発生した傷病には使用できません。また、外傷性の傷病(ケガまたはケガが原因の病気)で認定証の発行を希望する場合は、ご申請の前にまず求償課へご連絡ください。(TEL03-5925-5326)

記入例について

当組合ホームページをご覧ください。

「用紙ダウンロード>健康保険の手続き>給付に関する用紙>限度額適用認定証>記入例【見本】」

http://www.its-kenpo.or.jp/documents/download/hoken/3004gendo_rei.pdf