

※ 健 保 使 用 欄							
申請時の標準報酬月額	千円	所 区	得 分	ア・イ・ウ・エ	常務理事	業務部長/事務長	担当者
交 付 日		発 年	効 月 日				
有効期限		回	収		送 付	／ 所属・自宅・他()	

202412

マイナ保険証をお持ちの方は、限度額適用認定証の申請は不要です。
(令和6年12月2日からはお持ちでない方のみ、発行対象です。)

表 面

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

下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。

受 付 印

1. 被 保 険 者	被保険者等 記号-番号	資格情報のお知らせ等を見てご記入ください。	マイナンバー (任意記入)	***** (被保険者等記号番号が不明な場合 要本人確認書類)
	フリガナ		事業所名称	
	氏 名*		生年月日	☐ 昭 ☐ 平 年 月 日
2. 受 診 者	フリガナ		生年月日	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日
	氏 名			

3. 申請代行者欄	フリガナ		被保険者 との続柄	電話番号
	氏 名			

※1: ご家族の方以外は申請不可です(法定代理人を除く)。所属の会社の方、医療機関の方等が代理で申請することは出来ません。

4. 「限度額適用認定証」の送付先	☐ A. 使送便で上記の所属先に送ってください。 ☐ B. 下記住所へ送付してください。※2 (〒 -) 世帯主名: _____ ※2 Bは、使送便が利用できない会社の方又は既に治療のためお休みに入られている方のみ選択可 ご実家等を送付先とし、世帯主と名字が異なる場合は「世帯主名」もご記入ください。
5. 治療が必要となった理由	☐ 病気 ☐ ケガ ☐ 交通事故 (☐ 自損 ・ 相手あり) ☐ 妊娠・出産 (予定日 /) ☐ その他 (☐ 自損 ・ 相手あり) ☐ その他 [] [ケガの理由]
6. 受診者の自己負担について (右記公費助成の例: 乳幼児医療費助成、障害者医療費助成、難病公費、肝炎公費、妊産婦医療費助成 等)	☐ 国や自治体からの医療費助成はなく、通常の自己負担分(3割又は2割)を支払う ☐ 医療費助成等の受給者証があり、自己負担額の助成がある (制度名: _____) ☐ 一旦自己負担分を窓口で支払うが、医療費助成については、国又は自治体へ認定申請中or申請予定 ☐ 後日、学校の保険(スポーツ振興センター保険)を利用する
7. 日中のご連絡先(電話番号)	
8. 裏面の<注意事項>を確認しましたか? 記入誤りや記入漏れはありませんか?	☐ はい ☐ いいえ

<注意事項>

- ☐ ① マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方等)には、認定証は発行されません。申請不要です。
- ☐ ② マイナ保険証をお持ちでない方(資格確認書をお持ちの方等)のみ、申請書到着の翌営業日までに認定証を発行します。
発効日は、健保組合にてこの申請書を受理した月の初日(1日)となり、前の月に遡って発効することはできません。
送付先は、この申請書の項目番号4番に記入した送付先です。記入誤りがないよう、注意してください。
なお、送付先に入院先等の医療機関を指定することはできません。また、使送便での送付にご協力をお願いいたします。
- ☐ ③ 被保険者及びご家族の方以外は、代理で申請をすることは出来ません(法定代理人を除く)。
- ☐ ④ 記入漏れなど、記入内容に不備がある場合は、発行までに通常よりお時間をいただく場合があります。
- ☐ ⑤ 【記入内容を訂正する場合】 1.又は2の方法にてご訂正下さい。
1.訂正箇所に二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する
2.訂正箇所に二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒ 「氏名*」の横に同じ印を押す
(※1欄をご利用の際は「記入者氏名」の横に同じ印鑑を押してください。)
- ☐ ⑥ 「限度額適用認定証」の送付先は、この申請書の項目番号5番に記入した送付先となります。
送付希望先の記入誤りがないよう、注意してください。
なお、送付先に入院先等の医療機関を指定することはできません。また、使送便での送付にご協力をお願い致します。
- ☐ ⑦ 発行をお急ぎの方、ご不明な点がある方は、事前に健保組合までお問合せください。

<お問合せ先> 東京海上日動健保組合 給付係
電話 :03-6630-3721 (平日9:30~16:30 12:00~13:00を除く)

☐ ⑧ 書類送付先

- ・ 社内使送便の場合 … ビル名:新大手町ビル5F 宛名:健保組合 担当:給付係
- ・ 社外郵送の場合 … 〒100-0004 東京都千代田区大手町2-2-1 新大手町ビル5階
東京海上日動健康保険組合 給付係 宛