

健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカードは
限度額適用認定証の事前申請が不要になります！



| 健康保険組合使用欄 | | |
|-----------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健康保険 **限度額適用認定** 申請書

| | | | | | | |
|----------------------------|-------|----|-------|---|---|---|
| 被 保 険 者 情 報 | 保 険 証 | | 生年月日 | | | |
| | 記号 | 番号 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|---|------|----------|---|---|------|---|---|
| 認 定 対 象 者 | 療養を受ける方 <被保険者の場合は「氏名、生年月日」の記入の必要はありません> | | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 療養予定期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ 令和 | 年 | 月 |

※記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---------|-----------------------------|-----|---|---|----|
| 受 診 状 況 に つ い て | 入院・外来区分 | 申請理由 | 傷病名 | | | |
| | 入院・外来 | 病気・出産・ケガ | | | | |
| | ケガの場合 | | | | | |
| | 負傷時の日時 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時頃 |
| | 負傷の時 | 出勤前・出勤途中・勤務中・退勤中・退社後・出張中・休日 | | | | |
| 負傷時の状況 | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|--------|---|---|--|--|
| 希 望 送 付 先 | 住 所 | 〒 | - | | |
| | 電話番号 | | | | |
| | 日中の連絡先 | | | | |
| | 宛 名 | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--|----------|--|--|
| 申 請 代 行 者 欄 | 「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方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 | | |
| | 電話番号 | 申請代行者の理由 | <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 <下記に理由をご記入ください> | |
| | 日中の連絡先 | | | |

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。 令和 年 月 日

【注意事項】

- 有効期限は申請があった日(組合受付日)の属する月から最長1年間となります。継続して使用したい場合は、有効期限が切れましたら再度申請してください。
なお、前月にさかのぼっての申請はできません。
- 外傷または第三者行為による場合は健康保険組合にご連絡ください。

【申請方法】

メール、FAXのいずれかで申請をお願いします

mail: kenpo.tokyo@comsys.co.jp
fax : 03-3448-7167

受付日付印