

限度額適用認定証交付申請書 記入例

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満 | 低所得者以外の方
70歳以上 | 標準報酬月額28万円～79万円の方

常務理事 事務長 部長 課長 係長 担当者

◇マイナ保険証をお持ちの方は、この申請書を提出する必要はありません。医療機関の窓口でマイナ保険証を利用すると、高額療養費制度における限度額を超える医療費の支払いが免除されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。申請にあたっては医療機関にご確認ください。

被保険者情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567 (フリガナ) ケンボ タロウ	事業所名称	△△ガラス株式会社
	② 氏名	健保 太郎	生年月日	平成 3 年 5 月 1 日
	住 所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区×× 1-2-3 □□マンション457	電話番号 (日中の連絡先)	080 (1234) 5678
認定対象者	③ 認定証を 使用される方	氏名 健保 太郎 続柄 本人	生年月日	平成 3 年 5 月 1 日
	④ 病名(注1)	左膝靱帯損傷	(受診することとなった原因)	ケガ (ケガ以外)
	⑤ 療養予定期間 認定を必要とする期間(注2)	令和 7 年 4 月 1 日 から 令和 7 年 7 月 31 日 まで	提出委任	☒ 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✓)

注1: 傷病名がケガ(骨折・捻挫・打撲・火傷等)または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」(申請書一覧: 給-16)を添付してください。

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ので組合にご連絡ください。

注2: 限度額適用認定証は申請書の受付月の初日より最大1年間の有効期限を設定し交付します。受付月の前月に遡って発行することはできません。

希望送付先	⑥ 希望送付先へ○ をつけてください (注3)	被保険者住所 事業所住所 その他
	送付先が被保険者住所以外の場合にご記入ください	〒 ー 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。

【限度額適用認定証の申請における注意事項】

- ◎ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。
- ◎ 下記の①～④に該当した場合は、限度額適用認定証をすみやかに返却してください。
 - ① 被保険者が資格喪失したとき
 - 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 認定証が有効期限に達したとき
 - ④ 認定証に記載された認定条件に該当しなくなったとき
- ◎ 認定証の交付をお急ぎの方は返信用封筒を添付してください。(通常は普通郵便での送付となります)
- ◎ 70歳未満の方で、「区分ウ」および「区分エ」の場合ならびに70歳以上75歳未満の方で標準報酬月額26万円以下の「区分一般所得者」の場合のうち被保険者の市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、別様式「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(申請書一覧: 給-9)をご提出ください。

受付日付印

※健保組合記入欄	
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ / I・II

全国硝子業 健康保険組合

(令7.4)

マイナンバーカードの利用

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、認定証がなくても限度額を適用することができます。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 病名がケガ(骨折・捻挫・打撲・火傷等)または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください(組合ホームページ申請書一覧: 給-16)。
※ 第三者行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので、当組合にお問い合わせください。
- ⑤ 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。)
受付月の前月に遡って発行することはできません。
- ⑥ 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。

- * 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。
- * 消せるボールペンは使用しないでください。 * 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

この申請書の対象とならない方

70歳以上

70歳以上で標準報酬月額が83万円以上の方(現役並みⅢ)、26万円以下の方(一般)は、「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

被保険者が非課税

70歳未満の方で標準報酬月額が53万円未満(区分ウ・エ)の場合ならびに70歳以上75歳未満の方で標準報酬月額26万円以下(一般)の場合のうち、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」(組合ホームページ申請書一覧: 給-9)をご提出ください。