

# 健康保険限度額適用認定申請書

部長	課長	係長	担当者

(健保組合使用欄)

## 医療機関へのマイナ保険証利用確認

(はい、いいえのいずれかに必ず○をしてください)

はい ・ いいえ

申請年月日 令和 年 月 日 \*マイナ保険証をお持ちの方は申請不要です。

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	-	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 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✓】		
認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄	認定証を必要とする期間	令和 年 月から			
	傷病名 ・必ずご記入ください。	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	原則、申請書の受付月の1日から有効となります。				
	ケガの場合 (注1)	いつ	平成・令和 年 月 日( )	そのときの状況	私用中・休日中・通勤途中・業務中			

注1: 通勤途中や業務中で発生した傷病には使用できません。

: 原因が交通事故など第三者行為による場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外へ認定証の送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先	住所 (注2)	〒	-	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	宛名				被保険者 との関係		

注2: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の担当者の方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。

申請代行者	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 ( )

※当組合の窓口にて認定証の交付を受けられる場合は、来所された方の身分証明書(本人確認書類)をご持参ください。

申請書送付先 〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地  
東京都医業健康保険組合 業務課  
Tel.03-3353-4311

## 健保組合使用欄

標準報酬月額		千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ	現役並みⅠ・現役並みⅡ
発行通番		
発効月		

東京都医業健康保険組合(R6.4)

交付年月日

受付日付印

# 健康保険限度額適用認定申請書

部長	課長	係長	担当者

(健保組合使用欄)

医療機関へのマイナ保険証利用確認  
(はい、いいえのいずれかに必ず○をしてください)

はい ・ いいえ

記入例

申請年月日 令和 6 年 4 月 1 日 \*マイナ保険証をお持ちの方は申請不要です。

被保険者情報	被保険者証	記号 9999	番号 1	生年月日	昭和(平成) 2 年 4 月 1 日	
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ	健保 太郎		
	住所	〒 111 - 1111	東京	都・道 府・県	新宿区南元町○番地	
	事業所名称	医療法人社団△病院		電話番号 (日中の連絡先)	00 ( 0000 ) 0000	
認定対象者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	健保 花子	続柄	妻	
	傷病名 ・必ずご記入ください。	生年月日	昭和(平成)令和 2 年 5 月 1 日	認定証を必要とする期間	令和 6 年 4 月から	
	ケガの場合 (注1)	いつ	平成(令和) 6 年 4 月 1 日 ( 月 )	提出委任	<input type="checkbox"/> 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✓】	
			そのときの状況	自宅の階段から滑ってしまった		

注1: 通勤途中や業務中で発生した傷病には使用できません。

: 原因が交通事故など第三者行為による場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外へ認定証の送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先	住所 (注2)	〒 000 - 0000	東京	都・道 府・県	新宿区新宿○-△
	宛名	健保 桜子		電話番号 (日中の連絡先)	00 ( 0000 ) 0000
				被保険者との関係	母

注2: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関の担当者の方に送付可能をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

申請代行者	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	健保 翔平	電話番号	00 ( 0000 ) 0000	
			被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )	

※当組合の窓口にて認定証の交付を受けられる場合は、来所された方の身分証明書(本人確認書類)をご持参ください。

申請書送付先 〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地  
東京都医業健康保険組合 業務課  
Tel03-3353-4311

## 健保組合使用欄

標準報酬月額		千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ	現役並みⅠ・現役並みⅡ
発行通番		
発効月		

東京都医業健康保険組合(R6.4)

交付年月日

受付日付印