

当組合が申請書を受理した月の1日から有効な証を交付します

※組合使用欄

マネジャー	アシスタントマネジャー	チームリーダー	スタッフ

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 情 報	健康保険証の 記号と番号	記号 番号 —	被保険者 氏名 生年月日	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日
	被保険者 の現住所	〒 [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]	日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -	
	本人確認欄	<input type="checkbox"/> この申請書を作成したのは申請者本人（被保険者）です ※忘れずに <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください		

認 定 対 象 者	療養を 受ける方	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		被保険者 との続柄	性別	男・女
			本人は資格取得日	昭・平・令 年 月 日
			家族は扶養認定日	昭・平・令 年 月 日
	〔入院の方のみ〕入院(予定)期間 ※退院日が未定の場合は入院日のみ記入		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

疾 病 ま た は 負 傷 の 原 因	原因 ※該当項目に ○を記入	1. 病気 2. 出産 3. 怪我 ( 自損 ・ 交通事故 ・ 暴行、傷害 ) 4. その他 ( )			
	「3. 怪我」に 該当する方は 具体的な状況 と <input checked="" type="checkbox"/> を記入	負傷日時 (いつ)	平・令 年 月 日 ( 午前 ・ 午後 時頃 )		
		負傷場所 (どこで)	(例 自宅で/ 学校で/ 公園で/ サッカー場で 等)		
		負傷した状況	(例 自宅階段から転倒し負傷/ サッカーの練習中に負傷 等)		
		第三者行為の確認	<input type="checkbox"/> 相手がない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1 労災の確認 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2		
	(児童・学生のみ) 日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請しない ※3		

- ※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。事前に当組合へご連絡下さい。スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がない」を選択してください。
- ※2 通勤・退勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。
- ※3 学校内・部活動・登下校時の怪我等で日本スポーツ振興センターへ給付金の申請を行うときは「申請中」「申請予定」にしてください。

【窓口交付欄】(郵送時は記入不要) 被保険者以外の方が認定証を組合窓口で受理するときは下記委任欄へ記入済の申請書をご持参ください。

委 任 欄	私は右記の者に健康保険限度額適用認定証の受理を委任します。 被保険者氏名 _____ 代理人氏名 _____ (関係: _____)
-------------	---

【被保険者自宅住所と異なる住所への送付を希望するとき】 下記へ送付先を詳細にご記入ください。

送 付 先	住所	〒 _____
	宛名	(関係: _____) 連絡先 _____

備 考	
--------	--

受付日付印

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。有効期限経過後は速やかに組合へ返却します。

令和 年 月 日

申請書提出先 (郵送・窓口)	〒102-8017 東京都千代田区富士見1-12-8 TJKプラザ 東京都情報サービス産業健康保険組合 給付グループ宛 <b>03-3239-9817</b> 平日9:00~17:00 (祝日・年末年始を除く)
-------------------	---

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。  
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--