

※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 |
|       |             |         |

**記入例**

**家族 病気の時**

マイナ保険証をご利用の場合は、「オンライン資格確認」により医療機関の窓口で限度額を確認することができるので、**申請書を作成いただく必要はございません。**

マイナ保険証をぜひご利用ください。

## 健康保険 限度額適用認定申請書

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

|                            |                |  |            |                           |
|----------------------------|----------------|--|------------|---------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者等<br>記号・番号 | 記号 番号<br>XXX - 234   | 被保険者<br>氏名 | (フリガナ) ジョウホウ タロウ<br>情報 太郎 |
|                            | 被保険者<br>の現住所   | 〒XXXXXXXX-XXXX<br>千代田区0003-3-303   | 生年月日       | 昭・平・令 XX年 XX月 XX日         |
|                            | 本人確認欄          | <input checked="" 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"/> をご記入ください |            |                           |

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

|  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|
| 疾<br>病<br>ま<br>た<br>は<br>負<br>傷<br>の<br>原<br>因 | 原因<br>※該当項目に<br>○を記入   | <input checked="" type="radio"/> 1. 病気 2. 出産<br>3. 怪我 ( 自損・交通事故・暴行、傷害 ) 4. その他 ( ) |   |  |  |  |
|  | 「3. 怪我」に<br>該当する方は<br>具体的な状況<br>と□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"/> 相手がいらない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1 労災の確認 |  | <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 通勤中・業務中 ※2 |  |  |  |

※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。該当する方は別紙「注意事項」をご確認ください。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「相手がいらない」を選択してください。

※2 通勤(退勤)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。

【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<br>任<br>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。<br>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<br>付<br>先 | 住所 | 〒 _____               |
|             | 宛名 | (関係: _____) 連絡先 _____ |

|        |  |
|--------|--|
| 備<br>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 XX年 XX月 XX日

|                   |   |
|-------------------|---|
| 申請書提出先<br>(郵送・窓口) | 〒102-8017 東京都千代田区富士見1-12-8 TJKプラザ<br>東京都情報サービス産業健康保険組合 給付グループ宛<br><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<br>提出代行者名記載欄 |  |
|-----------------------|--|