

※ 限度額適用認定証の申請は、令和6年12月2日時点で保険証が交付されている方(※1)または、令和6年12月2日以降の加入者等で資格確認書の交付を受けている方が対象となります。
(※1)マイナ保険証が利用できる方は除きます)

決 裁	常務理事	事務長	MGR	担当
受 付	年 月 日			
決 定	年 月 日			
交 付	年 月 日			
被保険者の標準報酬月額		千円	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ

※すでに医療費のお支払いが済んでいる場合、この申請は必要ありません。
また申請はご精算をされる前までにお願ひ致します。(交付に1週間前後お時間を頂いております。)
※申請書は原本(本紙)を郵送にてお送りください。(FAX、コピー、メール添付不可)
※申請時に使用期間の初月に至ってない場合は、使用月の前月末頃の発送となります。
※「マイナ保険証」をお持ちの方は、限度額適用認定証は不要なため、原則交付していません。
「マイナ保険証」をご利用ください。

健康保険限度額適用認定申請書

(太枠内をご記入ください)

保 険 証	記号 1003 番号 123456	所属事業所 及び個所名 電話番号	ジェイビー Tel: 03-5796-5900	該当に○印を必ず付けてください。	
認定対象者の氏名	健保 一	認定対象者の生年月日	昭・平・令 46年11月20日	被保険者との続柄	本人
今回の申請にかかる傷病は右記に該当しますか。いずれかに○をしてください	1.業務上や通勤途上によるものですか 2.第三者行為(交通事故など)によるものですか 3.市区町村の医療費の助成は受けていますか		はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ	※該当の項目がある場合、お電話等で照会をさせて頂く場合がございます。	
使用期間(未定では発行不可)	令和 3年 3月 1日 から 令和 3年 4月 30日 まで				
その他	①本紙の提出は使用期間の1ヶ月前からです。あまりに先付けの申請の場合返却します。 ②有効期限は1年です。申請書が変更になった場合は、				

期間の始まりと終わりを必ず記入してください。

- 住所…限度額定期用認定証の送付先を記入してください。
 - 被保険者…使用する対象者ではなく、被保険者の氏名を記入してください。
 - Tel…日中連絡が取れる電話番号を必ず記入してください。
- 確認が必要な場合に連絡が取れないと発行が遅れる可能性があります。

送付先住所：(限度額適用認定証の送付先となります)

〒140-0002

住所：

東京都品川区東品川 5-7-803

被保険者氏名： 健保 一

Tel: 080-3270-0000

※連絡可能な電話番号をご記入ください。
※確認が必要な事項があった場合、連絡が取れないと発行が遅れることがあります。