

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者				
						取得	・	・	標準報酬月額
						喪失	・	・	備考

健康保険 限度額適用認定申請書

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

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被 保 険 者 欄	①	被保険者証の	記号		②	被保険者の氏名	
			番号			生年月日	昭・平 年 月 日生
	③	被保険者の住所・電話番号		〒 ー 電話番号 ( )			
	④	被保険者の勤務する(していた)事業所	名称				
			所在地				
	⑤	③の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住所	〒 ー 電話番号 ( )			
宛名							
⑥	備考						

「⑦」の該当する□にチェック (☑) をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	⑦	認定証を使用する方は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) → 下記「⑧」の欄を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) → 下記「⑧」～「⑪」の欄を記入して下さい。					
	⑧	認定証の交付を希望する理由は、「けが」による入院・通院ですか。	<input type="checkbox"/> 「けが」による入院・通院である。 → 「負傷原因届」を提出して下さい。 <input type="checkbox"/> 「けが」による入院・通院ではない。					
	⑨	限度額適用認定証を使用する方の	氏名		⑩	被保険者との続柄		
生年月日			昭・平・令 年 月 日生	⑪	性別	男・女		

「事業主（申請代行者）記入欄」は被保険者（本人）が入院中等で申請できない場合に記入して下さい。

事 業 主 （ 申 請 代 行 者 ） 記 入 欄	⑫	事業主（申請代行者）の氏名		⑬	被保険者との関係	
	⑭	事業主（申請代行者）の住所	〒 ー 電話番号 ( )			
	⑮	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

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。 東京広告業健康保険組合 R6.2

◎ 限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、「③」欄の被保険者住所または「⑤」欄の送付を希望する住所となります。「⑭」欄の事業所（申請代行者）の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

◎ 記入については裏面の留意事項をご覧ください。

送付先：東京都中央区築地4-1-1 東劇ビル16階 東京広告業健康健康保険組合  
不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (Tel 03-6226-4534)

受付日付印

# 被保険者の皆様に対する留意事項

## 「限度額適用認定申請書の提出」

- ・ 申請書は、適用対象者1人につき1枚を提出して下さい。
- ・ この申請書は、事業主を経由して提出されても結構です。

## 「限度額適用認定証の有効期限」

- ・ 発効日は、申請のあった日の属する月（当組合が受付けた日）の初日になります。ただし、次の場合には、その日となります。
  - ① 被保険者の資格を取得したとき。
  - ② 被扶養者の認定を受けたとき。
- ・ 有効期限は、発効日の属する月より原則1年となります。

## 「限度額適用認定証の返納」

- ・ 適用対象者が次に該当したときは、**5日以内に限度額適用認定証を返納**して下さい。限度額適用認定証を紛失等により返納できない場合には、「健康保険限度額適用認定証滅失届」を提出して下さい。
  - ① 被保険者が資格を喪失したとき。
  - 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 被保険者等の氏名に変更があったとき。
  - ④ 被保険者の所得変動等に伴い、適用区分欄に表示された区分が変更になるとき。（適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったときを含む。）
  - ⑤ 認定証の有効期限に達したとき。
  - ⑥ 適用対象者が後期高齢者医療制度に移行したとき。
- ・ 限度額適用認定証の返納もしくは滅失届は、事業主を経由して提出されても結構です。

※ 限度額適用認定証を不正に使用した者は、刑法の規定により罰せられることがあります。

常務理事	事務局長	課長	記入例			標準報酬月額	千円
						備考	

## 健康保険 限度額適用認定申請書

※マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。  
 便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者欄	① 被保険者証の 記号	9999	② 被保険者の 氏名	東広 太郎		
	番号	99999	生年月日	昭	平	40 年 10 月 10 日生
	③ 被保険者の 住所・電話番号	〒 104 - 0045 東京都中央区築地〇-〇-〇 電話番号 03 ( 1234 ) 5678				
	④ 被保険者の 勤務する (していた) 事業所	名称	株式会社 アドけんぼ			
	所在地	東京都中央区銀座〇-〇-〇				
	⑤ ③の住所と は別のところ に送付を 希望する場 合は、その 送付先	住所	〒 - 電話番号 ( )			
⑥ 備考						

①被保険者証の記号番号を記入してください。

②被保険者の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先を記入して下さい。  
 なお、記入の不備等により書類をお返しする場合もこの送付先にお送りしますので、十分注意してください。

③認定証の交付を希望する理由が、「けが」による入院・通院の場合は、負傷の原因を調査しますので、「負傷原因届」を必ず提出してください。

④被保険者(本人)が入院中等で申請できない場合に記入して下さい。  
 なお、申請を代行された場合でも、認定証の送付等は「③」欄の被保険者住所または「⑤」欄の送付を希望する住所となります。「⑤」欄の事業所(申請代行者)の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

「⑦」の該当する□にチェック (☑) をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認定証交付対象者欄	⑦ 認定証を使用する方は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) → 下記「⑧」の欄を記入して下さい。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族) → 下記「⑧」～「⑪」の欄を記入して下さい。					
	⑧ 認定証の交付を希望する理由は、「けが」による入院・通院ですか。	<input type="checkbox"/> 「けが」による入院・通院である。 → 「負傷原因届」を提出して下さい。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 「けが」による入院・通院ではない。					
⑨ 限度額適用認定証を使用する方の	氏名	東広 花子		⑩ 被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭	平・令	40 年 12 月 31 日生	⑪ 性別	男・女

「事業主(申請代行者)記入欄」は被保険者(本人)が入院中等で申請できない場合に記入して下さい。

事業主(申請代行者)記入欄	⑫ 事業主(申請代行者)の氏名	⑬ 被保険者との関係	
	⑭ 事業主(申請代行者)の住所	〒 - 電話番号 ( )	
	⑮ 申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

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。

東京広告業健康保険組合 R3.4

○ 限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、「③」欄の被保険者住所または「⑤」欄の送付を希望する住所となります。「⑭」欄の事業所(申請代行者)の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

○ 記入については裏面の留意事項をご覧ください。

送付先：東京都中央区築地4-1-1 東劇ビル16階 東京広告業健康保険組合

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (Tel 03-6226-4534)

受付日付印