

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	千円
						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。

★記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

被保険者欄	①	被保険者証等の記号・番号	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		〒	—	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	〒	—	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

「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 R6.12

◎ 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。

受付日付印

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)