

健康保険限度額適用認定申請書

* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。
 (その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号番号	記号	番号	フリガナ	被保険者氏名				
	事業所名 (所属部署)				生年月日	昭 平 令	年	月	日
	フリガナ				生年月日	昭 平 令	年	月	日
	適用対象者の氏名				生年月日	昭 平 令	年	月	日
	個人番号が記載された申請書を 事業主経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にシ点を付けてください。)							
	発症または負傷の原因	外傷性(骨折・脱臼等)のけがですか ・ いいえ ・ はい * 『はい』の場合、負傷の原因： ----- -----							
		業務上・通勤途上によるものですか ・ いいえ ・ はい							
		第三者の行為によるものですか ・ いいえ ・ はい							
	入院・外来の別	・ 入院 ・ 外来 * 『入院』の場合： 令和 年 月 日より入院(予定)							
	認定証の送付先	※被保険者の住所 ・ 入院先医療機関 ・ その他(被保険者との関係)							
認定証の送付先が 『※』以外の場合、 その住所等を記入	〒 []-[] 連絡先Tel 氏名(名称)								
上記のとおり申請します。	令和 年 月 日 住 所 ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者 (申請者) 電話番号 () 氏 名 (印)								
申 請 代 行 者 が 記 入 す る 欄	被保険者およびそ の家族(被扶養 者)の方以外が申 請する場合、その 連絡先等を記入	〒 []-[] 連絡先Tel 名称(氏名) (印) 被保険者との関係							
	申請代行の理由	・ 被保険者本人が入院中で外出ができない ・ その他 ()							

健康受付日付印

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認を
 するための添付書類が必要です。

*各種申請書の記載項目の

被保険者証の【記号番号】欄、または【備考（個人番号）】欄のいずれかに必要項目を記載してください。

被保険者証の【記号番号】に代えて、

個人番号により申請する場合、申請書の記載項目【備考】欄に個人番号を記載してください。

（その場合、被保険者証の記号番号は記載不要。）

なお、

個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要となりますので、以下の書類を添付してください。

個人番号確認	本人確認
① 個人番号カード写	① 個人番号カード写
② 通知カード写	② 運転免許証写、運転経歴証明書、パスポート写、身体障害者手帳写、在留カード写、特別永住者証明書等
③ 個人番号が記載された住民票写、住民票記載事項証明書	③ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等の措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの

限度額適用認定証の申請をするとき

1. 申請書類

- (1) 「健康保険 限度額適用認定申請書」（給27）

2. 処理手順

- (1) 被保険者は申請書類を直接、健保組合に送付して下さい。

〒105-6927

東京都港区虎ノ門四丁目1番1号 神谷町トラストタワー

ジェイティ健康保険組合 給付担当宛

- (2) 健保組合は、申請書を確認後、「限度額適用認定証」を発行し、「限度額適用認定証 受領証」とともに指示した送付先の住所へ直接、送付します。

- (3) 被保険者は、「限度額適用認定証 受領証」に必要事項を記入の上、健保組合へ返送して下さい。

3. 注意事項

- (1) 「限度額適用認定証」の発効年月日は、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。
ただし、申請のあった月に資格取得した適用対象者は、その資格取得日となります。

※ 健保組合に受付された日によっては、適用されない月が発生する場合がありますので、すみやかに手続きをして下さい。

- (2) 『発病または負傷の原因』欄が、外傷性（骨折・脱臼等）の場合には、その負傷の原因もご記入下さい。

※ 負傷の原因が、交通事故、傷害事件や自損事故の場合は、健保組合に連絡して下さい。

※ 負傷の原因が、業務上・通勤途上の場合は、健康保険が使用できませんので、事業主（会社）に報告して下さい。

- (3) 『入院・外来の別』欄が、入院の場合には、入院日（予定）もご記入下さい。

- (4) 『認定証の送付先』欄は、希望の送付先を指示して下さい。

※ 郵送方法は、【簡易書留】で行いますので、受取が可能な送付先にして下さい。

※ 被保険者の住所以外に送付を希望するとき、住所、連絡先や宛先を記入して下さい。

- (5) 「申請代行者が記入する」欄は、被保険者およびその家族（被扶養者）の方以外が申請する場合には、住所、連絡先や名称（氏名）等を記入して下さい。

(例) 独身の被保険者が入院し、外出できない場合や『限度額適用認定申請書』を入手できない場合等が発生した際に、事業主や親族等が申請手続きの代行を行うときに記入して下さい。

- (6) 「限度額適用認定証」に記載された適用対象者が入院・外来療養等を受けるときは、「保険者証」とともに保険医療機関等の窓口へ提出して下さい。

- (7) 資格が喪失したときや認定証の有効期限が満了したときは、すみやかに「限度額適用認定証」を返却して下さい。