健保組合使用欄	
発効年月日	令和　　年　　月　　日
有効期限	令和　　年　　月　　日
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

第三者の行為による負傷や就労中及び通勤途中の負傷の療養の場合は、こちらの申請書を提出する前に共同印刷健保までご連絡ください。（TEL03-3811-8342）

常務理事	事務長	担当

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

オンライン資格確認を対応している医療機関にマイナ保険証で受診すると、限度額適用認定証がなくても高額療養費制度の自己負担限度額を超える医療費の支払いは免除されます。マイナ保険証をぜひご使用ください。

被保険者情報

被保険者	記号	番号
	○○	○○

氏名	フリガナ ○○○○　○○○ ○○　○○	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　○ 年 ○ 月 ○ 日 ☐ 令和	年齢	○○ 歳
住所	〒　○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町○○-○	日中連絡のつく電話番号	○○○-○○○○-○○○○		

療養を受ける者

※被保険者が療養を受ける場合は記入不要

氏名	フリガナ ○○○○　○○○ ○○　○○	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　○ 年 ○ 月 ○ 日 ☐ 令和	年齢	○○ 歳
被保険者との続柄	○	療養見込期間	令和　○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 令和　○ 年 ○ 月 ○ 日		

「療養見込期間」に基づき、限度額適用認定証の有効期間を原則【「申請日が属する月の１日」から「療養終了日の属する月の末日」まで】として発行いたします。

＊療養見込期間が長期に渡る場合、健保の判断で療養見込期間の途中で限度額適用認定証の有効期限を区切って発行する場合があります。

＊医療機関で清算済みの場合、高額療養費に相当する医療費は後日健保より還付いたします。（医療機関からの請求に基づいて自動的に還付いたしますので、手続きは不要です。）

認定証の受取り方法

☐ 健保事務所で直接受取り

認定証発行後連絡先　…　☐「被保険者情報」欄で記入した日中連絡のつく電話番号

☐ 上記以外の電話番号　（　　）

☐ メールアドレス　（　　）

☐ 被保険者職場へ送付（社内便・工場便）

送付先　（　　）

☐ 「被保険者情報」で記入した住所へ郵送

☑ 下記住所・宛名へ郵送

☑ 入院先・☐ その他

〒　○○○ - ○○○○

○○県○○郡○○　○-○○　○○○病院　入院Ａ病棟

宛名：　○○ ○○

※入院先の場合は医療機関名・病棟名等をわかる範囲で詳しくご記入ください

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。

【申請先】　〒112-8501　東京都文京区小石川4-14-12
共同印刷健康保険組合 TEL：03-3811-8342
FAX：03-3811-8358