限度額適用認定証交付申請書について

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

1 被保険者の現況	被保険者等の記号番号	記号	100	番号	○○○○○	生年月日	昭和 平成	年 5	3	月 0	6	日 0	7
	社員番号	○○○○○											
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎											
	所属会社名	株式会社○○○											
	部署名	○○部 ○○課			電話: 03 (○○○○) ○○○○								
	被保険者住所	〒 151 － 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷○－○－○ 電話: 03 (○○○○) ○○○○											
2 適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎		被保険者との続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	年 1	0	月 0	1	日 0	1
	適用対象者住所	〒 － 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話: ( )											
	用 途	☑ 入院医療費			☐ 外来医療費（調剤含む）								
	入院・外来予定期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日											
3 限度額認定証送付希望先		お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。 ☑ 被保険者住所 ☐ 適用対象者住所 ☐ その他〔 実家 ・ 病院 〕 ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 － 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください											
4	今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。	怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか？ ⇒ はい ・ いいえ											

備考	個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要） ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

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。

令和 年 月 日提出

フィリップス・ジャパン健康保険組合

受付日付印

入院や検査等で１か月にかかる医療費が高額になる場合は、「限度額適用認定証」を事前に用意しておくと、病院からの医療費請求額が自己負担限度額までにとどめることができます。
交付を希望する場合は、申請書を当組合まで提出してください。

記入について

① 被保険者の記号番号、氏名、住所等を記入してください。

② 限度額適用認定証を利用する方の氏名、続柄、生年月日等を記入してください。
入院外来予定期間に記入された日付で限度額適用認定証の有効期間を設定し交付します。

③ 限度額適用認定証の送付希望先を記入してください。
※医療機関へ送る場合は、送付先住所や部署等どこへ送付するのか医療機関に確認のうえ記入してください。

④ けがによる治療の場合は第三者行為の有無をお答えください。
第三者行為での治療の場合は、健康保険組合に届出が必要です。
届出をされていない方は後日書類をお送りいたしますのでご提出ください。

ご注意ください

☐ 前月に遡っての交付はできません。

☐ 有効期間後は必ず限度額適用認定証を健康保険組合まで返却してください。

☐ 有効期間後も限度額適用認定証が必要な場合は再度申請書を提出してください。

提出先・お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合
〒151-0051
東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階
TEL 03-6384-2270
info@philips-kenpo.com