

限度額適用認定申請書

被 保 険 者	① 記 号 番 号	記号		番号		② 会 社 の 名 称	
	フリガナ					④ 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	③ 被 保 険 者 氏 名						
	⑤ 被 保 険 者 住 所	〒 ()					
対 象 者	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号 ※日中連絡がとれる番号	() もしくは ()					
	⑦ 療 養 を 受 け る 方	☐ 本人					
		☐ 家族	氏名			被保険者との続柄	
	⑧ 認 定 証 必 要 期 間	令和 年 月 日 から				※1 有効期限は、 直近の8月末まで となります。 ※2 原則組合に書類が到着した月の1日からの発行となります。 遡っての発行はできません。	
	⑨ 受 診 原 因	病気・ケガ（骨折・捻挫・火傷等）・出産・交通事故※3・傷害※4・その他					
	※⑩ 外 傷 の 場 合 の み 具 体 的 状 況 記 入						

オンライン資格確認を導入している医療機関であればマイナ保険証を提示されれば本申請は不要です。ぜひ、マイナ保険証をご利用ください。

非課税世帯の方は【限度額適用・標準負担額減額認定申請書、非課税証明書（原本）】をご提出ください。

- 【1】申請書記入について
- ①療養を受ける方のいずれかにチェックし、ご家族の場合は氏名と続柄を記入してください
 - ②受診原因は該当するものに○をつけ、該当が外傷の場合のみ⑩に負傷時の状況を具体的にご記入ください

- 【2】申請方法について
- ①申請は「健康保険組合に直接申請」あるいは「会社経由の申請」のいずれも可です
- ＜直接申請の送付先＞

〒150-0011 東京都渋谷区東2-23-3 タゴシンビル4階 トランスコスモス健康保険組合 限度額適用認定証担当宛

定型封筒に「110円切手(お急ぎの場合は別途速達料金)」を貼付・返送先を記入した返信用封筒を添えて申請してください

(返信用封筒の添付がないときは会社経由での交付となります。)

- ②申請書の健保受付日より2～3日営業日で健保より発送いたします。
- ③お急ぎの場合はFAX☎03-3409-4626☎送信後、原本を健康保険組合までお送りください。(原本到着次第、発送いたします)

- 【3】留意点
- ①有効期限が終了したときや加入者資格を喪失したときは、**速やかに返却**してください。
 - ②有効期限到来後、引き続き使用される場合は、再度申請書をご提出ください。
 - ③紛失・棄損の場合は「**紛失届**」の提出が必要です

未返却の限度額証がありますと新しい限度額証の発行・更新ができませんのでご注意ください。

※3 受診原因が交通事故、傷害等第三者による場合は別途届出が必要ですので事前に健康保険組合までご連絡ください

※4 業務上、通勤中のケガや病気は労災適用のため対象になりません

健 保 記 入 欄	提出	本人	郵送			
		会社				
	送付	本人	返信用封筒			
		会社				
		日付		/	/	/

受付印