

## 記入例

低所得者は除く

交付日	年	月	日
*適用対象者とは・・・			

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号・番号		事業所	名称	(勤務先名称) ○○○株式会社					
	1	2		3	-	4	5	6	7	所在地
	被保険者氏名		報道 太郎			生年月日	昭・平・令 39年 12月 1日			
	適用対象者氏名		報道 一郎		生年月日	昭・平・令 16年 5月 1日	続柄 長男 性別 (男)・女			
	(認定証は原則、月初からの交付となります) 利用開始希望月をご記入ください				令和 △△年 4月 ~					
	入院予定(入院中)の方のみご記入ください。 入院療養等見込期間				令和 △△年 4月 15日 ~ 令和 年 月 日・未定					
	認定証送付先住所 (自宅・事業所・その他)				〒 123 - 4567	電話	012 (3456) 7890			
	(こちらに記入されたご住所に限度額認定証を送付します)									
	この申請書の記入者(該当項目に☑・記入)		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被保険者の代理人 氏名( ) 電話番号( ) 住所( ) 被保険者との関係: <input type="checkbox"/> 法定代理人(戸籍謄本の添付が必要です) <input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状の添付が必要です) 代理申請の理由: <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <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。 令和 △△年 4月 3日 東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿									

## 【注意事項】

- ※ この申請書は、保険医療機関等で保険診療(入院・通院・調剤)を受けた場合、所得区分に応じて窓口での一部負担金等の支払を、高額療養費自己負担限度額までとするための「認定証」の交付を申請するものです。
- ※ マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されないため交付申請は不要です。マイナ保険証による受診時に限度額適用認定の情報が医療機関へ連携されます。
- ※ 資格確認書をお持ちの方及び令和7年12月1日までの経過措置期間において有効な保険証を使用する方には認定証を発行いたします。認定証は上記の送付先住所へ送付いたします。
- ※ この申請は適用対象者毎に行ってください。被保険者が記入する欄はもれなく記入してください。
- ※ 住民税非課税等の低所得者の方は、別様式「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を使用してください。

～マイナ保険証のご案内～

- ※ マイナ保険証が便利です!  
マイナ保険証を利用すれば、この申請をしなくても、高額療養費制度における自己負担限度額を超える支払の必要がなくなります。マイナ保険証をぜひご利用ください。

受付日付印