

健康保険 限度額適用認定申請書

様式5

(*) KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

被保険者等の 記号 - 番号(*)	-		勤務先 (任継・特退記入不要)			
被保険者(本人)氏名						
日中連絡の取れる 連絡先	(電話番号)			(E-mail)		
限認が必要な方の 氏名・続柄・生年月日	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規申請		<input type="checkbox"/> 延長申請		<input type="checkbox"/> 再交付申請 (紛失、き損した場合)	
療養(使用)予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※最長1年間 ・限度額適用認定証の発効日は、当健保が申請を受付した月の初日(1日)からとなります。 ・発効期間は区分変更の可能性があるので、希望に添えない場合もあります。					
医療費の精算状況	<input type="checkbox"/> 未精算 <input type="checkbox"/> 精算済み → <u>医療費をすでにお支払い済みの場合は、申請できません。</u> 高額療養費に該当した場合は、後日自動払いにより給付されるため申請不要					
送付先住所等 (任継・特退、記入不要)	以下送付先は <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(理由:) 〒 - 自宅以外に送付する場合は、必ず宛名も記入 宛先: 宛名: TEL:					

↓以下、該当する方のみ記入

外傷の方は 傷病原因を記入	原因() 第三者行為(交通事故・ケンカ)によるものですか? はい・いいえ					
(入院の方のみ)右記病名で 使用する場合は、該当に○	1	脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)				
	2	虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)				
公費の該当	自己負担について国・地方自治体で助成を受ける資格をお持ちですか? 無・有 → 公費の名称: 子ども医療助成制度 無・有 → 管轄自治体名: 市区町村役場					

上記のとおり申請します。令和 年 月 日

【限度額適用認定証の申請について】

マイナ保険証(健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード)で受診すると、限度額適用認定証がなくても、本人が同意すれば高額療養費制度に基づき限度額を超える医療費の立替払いが不要となります。
当健保組合へ「限度額適用認定証」の申請は必要ありません。

- ・限度額適用認定証の発効日は、当健保が申請を受付した月の初日(1日)からとなります。
原則、受付月の初日より前に遡ることはできません。(受付月途中に取得・認定の場合はその日からの発効となります。)
- ・過日(医療費をすでにお支払い済みの場合)申請はできませんが、高額療養費に該当する場合は、後日自動払いにより給付されますので「限度額適用認定証」の申請およびその他申請も必要ありません。

【限度額適用認定証の送付先について】

- ・在職中の方は必ず「送付先住所等」欄を記入ください。
(任継・特退の方は健保登録住所宛に送付いたしますので、住所の記入は不要です。)
- ・その他諸事情で送付先が自宅以外となる場合は、その理由、宛先、宛名を必ず記入ください。
- ・医療機関へ送付を希望される場合は、必ず医療機関の了解をとっていただき、ご担当者名も記入ください。

受付日付印

【提出先・問い合わせ】※原則、郵送のみ対応(FAX、メールでの申請不可)

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-4-9 野村不動産新宿南口ビル6F(株式会社オークス内)
日本航空健康保険組合 健保事務センター TEL: 03-6629-1140

健保記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ I・II
発効年月日	令和 年 月 日		
有効期限	令和 年 月 日		

常務理事	事務局長	リーダー	担当者

2024.12