

健康保険 限度額適用認定申請書

申請対象：①70歳未満の受診者（低所得者除く）
②高齢受給者証の負担割合3割（現役並みⅠ・Ⅱ）の受診者

1 2
被保険者（申請者）記入用

申請する前に、申請書添付の「限度額適用認定申請書の手続きについて」をご確認ください

記載欄 事業主（所）	適用事業所記号	事業者の健保担当者が記入願います	健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者電話番号	事業所の健保業務責任者、担当者が記名する（押印可）			職場に提出の場合、受取の確認のために記名する（押印可）	

記入日：令和4年X月X日

被保険者情報	会社名	東芝 ○○○ (株)	保険証を見ながら正しく記入する	被保険者証		
	所属	○○部 ○○課		記号	番号	
	氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎		1 0 0	1 2 3 4 5 6 7	
	住所	〒999-9999 神奈川県川崎市○○区□□町XX番地		生年月日		
電話番号	電話番号 044 (XXX) XXXX		4	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	X X 0 5 0 1	

認定対象者欄	療養を受ける方の氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎	生年月日	被保険者との続柄	使用区分 (複数可)
	入院期間 (予定)	令和4年X月X日 ~ 令和 年 月 日頃	4 X X 0 5 0 1	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
	通院期間 (予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃			
	受診医療機関 (予定)	名称：○○病院 住所：神奈川県川崎市○○区□□町XX番地 名称：○○クリニック 住所：東京都○○区□□町XX番地			
受診の原因	外傷性疾患（ケガ・やけど等）ですか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい → P.2の『限度額適用認定申請用 傷害事故届』を必ず添付してください。 <input type="checkbox"/> いいえ				
備考欄					

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請をする場合にご記入ください。			
	氏名	(フリガナ) トウシバ ハナコ 東芝 花子	被保険者との関係	妻
住所	〒999-9999 神奈川県川崎市○○区□□町XX番地	申請代行の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で手続きできないため <input type="checkbox"/> その他 (理由をご記入ください) 理由：	
電話番号	電話番号 044 (XXX) XXXX			

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。

健保使用欄				
担当者		ア・イ・ウ・エ R . . 発送	H 会 自 他 社 レ 普 速	続柄コード

東芝健康保険組合

(本局に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。)

(K0406-P)

1/2

外傷性疾病(ケガ・やけど等)で限度額適用認定証を申請する場合は、必ず本文書を添付してください。

記入日: 令和 4 年 X X 月 X X 日

被保険者情報	会社名	東芝 ○○○ (株)	被保険者証							
	所属	○○部 ○○課	記号	番号						
	氏名	(フリガナ) トウシバ タロウ 東芝 太郎	1 0 0	1	2	3	4	5	6	7
	住所	〒 999 - 9999 神奈川県川崎市○○区□□町XX番地 電話番号 044 (XXX) XXXX	生年月日 年 月 日 4 3.昭和 4.平成 5.令和 X X 0 5 0 1							

□がある項目は必ずいずれかにチェック☑をお願いします

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 [氏名]	
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()	労災保険に特別加入 していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	傷病名	右膝前十字靭帯損傷	
	負傷日時	令和 4 年 X X 月 X X 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 X X 時 X X 分頃	
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 学校生活中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し) <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (転倒)	
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (転倒)	
	負傷時の飲酒の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 飲酒無し <input type="checkbox"/> 飲酒あり	
	相手はいますか。 また、その場合は、あなたは被害者ですか、 加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無	※相手がいる負傷の場合は 「第三者行為による負傷届」の 届出が必要です。
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。	買い物をして両手に荷物を持って帰った来た際、 玄関先の段差を踏み外し、バランスを崩して転倒した。		
治療経過	令和 4 年 X X 月 X X 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで・ <input checked="" type="checkbox"/> 未定		

備考欄