

## 「健康保険限度額適用認定証 交付申請書」 の記入方法について

### <申請対象>

- 70歳未満の被保険者、被扶養者
- 保険医療機関（入院・通院）、保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象（柔道整復、鍼灸、あんまマッサージの施術は対象外）

### <申請の手順>

① 「健康保険限度額適用認定証 交付申請書」の申請者記入欄（被保険者、対象者欄）を記入。

#### ・ 送付先

原則、勤務先欄に記入された社内メールに送付します。

任意継続保険加入の方、職場以外への送付希望の場合は送付先、宛名をご記入下さい。

病院へ送付の場合には、病院所在地の他、病室へ送付する時は病棟名と部屋番号、病院医事課宛に送付する時は担当者名も記入して下さい。（病院によっては受け取らない場合もありますので事前に病院にご確認下さい。）

#### ・ 公費の該当

保険診療の自己負担額（3割（未就学児は2割））について国、お住まいの市区町村等からの助成が受けられる場合は「あり」にチェックし公費の名称をご記入下さい。

公費とは 乳幼児医療助成、小児医療助成、障害者医療助成、育成医療、更生医療、特定疾患研究、小児慢性疾患、ひとり親家庭医療助成等の医療費助成制度です。

#### ・ 受診の原因

病気、怪我、出産関係 の該当するものを○で囲んで下さい。

怪我が原因で入院される場合には、必ず2ページ目の傷病発生原因調査票もご記入下さい。

**交通事故、第三者行為による怪我の場合はまず、健保事故担当へご連絡下さい。**

#### ・ 医療機関名

医療機関名を記入して下さい。（未定の場合には未定と記入して下さい。）

ご入院の場合は入院日（予定日）をご記入下さい。

ここに記載していない医療機関等でも有効期限内なら認定証は使用可能です。

### <認定証の交付等について>

**\* 申請書が届いた月の1日より1年間有効の認定証を交付します。**

医療機関が前月分についても精算に応じる場合には備考欄にその旨、記載して頂ければ遡って発行します。

\* 有効期限切れ後も、引き続き認定証が必要な場合には再度申請書を提出願います。

\* 有効期限が切れた認定証は必ず健保に返却して下さい。

\* 認定証の交付は原則、申請書が届いた当日または翌日に発送します。

**お急ぎの場合のみFAXでの申請も可。**但し、原本は別途送付が必要です。

(FAXの到着を確認しますので送信後、健保にご連絡下さい。)

申請書上部に宛先が記入されていますので申請書のみで担当部門に届きます。

#### <送付先・お問合せ先>

郵送 : 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11  
日本電気健康保険組合 現物給付(認定証)

社内メール : 〒185-250 現物給付(認定証)

電話番号 : 外線 03-3461-9370 / TELNET 8-185-240

FAX番号 : 外線 03-3461-9375 / TELNET 8-185-219

- 月の途中、または翌月に認定証を医療機関等に提示しても、既に精算済みの場合、限度額を適用して頂けない事があります。この場合は、高額療養費は健保より給付されます。(手続き不要)
- 同一月に同一医療機関で外来と入院を受診した場合は、それぞれでの限度額までのお支払いが必要です。この場合は合算対象となりますので健保より合算高額療養費が給付されます。(手続き不要)
- 複数の医療機関等を受診した場合は、それぞれの医療機関等での限度額までのお支払いが必要です。この場合は合算対象となりますので健保より合算高額療養費が給付されます。(手続き不要)

健保からの給付の時期は診療月より約3ヵ月後となります。

#### <お知らせ>

お子さんの場合、年齢制限はありますが、お住まいの自治体で医療費助成を行っています。もし対象年齢であっても所得制限で医療費助成対象外の場合は、「公費医療受給に関する届」で「医療費助成非該当」の届をお願いします。

健保HP 各種届出用紙一覧の 4-8 公費による医療費助成を受けるようになったときに申請書があります。

診療月の2ヵ月後ぐらい迄に届を頂くと、付加給付金の対象となった場合に、速やかに給付手続きがとれます。(学校での怪我の場合、公費届は不要です。)

**健康保険限度額適用認定証 交付申請書 (70歳未満)**

平成 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者証		フリガナ			
	記号	番号				
			氏名	昭和・平成 年 月 日		
			生年月日			
勤務先	会社名	メール No. —		TELNET 8 — —		外線 ( ) — —
送付先	上記の社内メールに送付します。ご都合の悪い場合のみ希望送付先の住所をご記入下さい。 〒 住所 宛名					
対 象 者	氏名				被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	公費の該当	自己負担額について国・地方自治体等で助成を受ける資格はお持ちですか？ ・なし ・あり又は手続き予定（公費の名称： ） 医療受給者証をお持ちの場合はコピーを添付願います。				
	傷病の原因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気</li> <li>・怪我（怪我の場合は2ページ目の傷病発生状況確認書も提出願います。）</li> <li>・出産関係（帝王切開、切迫早産等）</li> </ul>				
医療機関名	..... ..... ご入院の場合 年 月 日 入院・入院予定 （上記記載以外の医療機関等でも認定証は使用できます。）					
健 保 記 入 欄	マネージャー	主任	担当	送付年月日	発効年月日	受付年月日
					有効期限	
備考欄						

- \* 申請書が届いた月の一日より有効の認定証を発行しますが、医療機関等によっては、限度額の適用が翌月となる場合があります。この場合は健保より自動で高額療養費の給付処理をします。
- \* 任意継続保険加入者の方は勤務先欄、記入不要です。

