※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の交付申請の手続きなく、医療機関等での支払いを自己負担限度額までに抑えることができます。マイナ保険証をぜひご利用ください。

健保組合使用欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

健康保険限度額適用認定証交付申請書

◆消せるペンは使用しないでください。

被保険者（本人）が記入する欄

被保険者等記号-番号		－　　－	事業所名称		
被保険者	氏名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日	
	住所	〒　　－			
	電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）			
適用対象者（受診者）	氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者との続柄
申請期間		**認定証の有効期間は申請書受付月の初日から2ヶ月です。** ※治療が長引き、高額な医療費が3ヶ月以上見込まれる場合には、最長1年間有効の認定証を発行することもできますので、ご希望の期間をご指定ください。 （ 3ヶ月以上の認定証を希望する → ＿＿＿ヶ月 ・ 1年 ）			
受診原因（該当に○をつけてください）		ケガ（骨折・捻挫・打撲・火傷 等） ・ ケガ以外			
「ケガ」が原因の場合	傷病名	負傷日：　年　月　日（　）	負傷時	第三者行為 ・ 交通事故 ・ その他 休日中 ・ 私用中 ・ 業務上 ・ 通勤災害	
	状況	◆いつ・どこで・何をしていて・どのようなケガをした◆ 交通事故の場合はご自身と相手の交通手段（車・バイク・自転車・徒歩 等）を含めてご記入ください。			
被保険者の住所とは別の場所に送付を希望する場合はその送付住所		〒　　－　　マンション名・事業所名・部署名・ビル名・医療機関名（病棟・病室番号）等 （　　様方）			
医療機関へ送付希望の場合は、必ず事前に医療機関へ送付可能かご確認の上、病棟・病室番号等ご記入ください。	宛名		被保険者との関係	連絡先	自宅・携帯・会社・医療機関 TEL　　（　　）

備考欄	

記入日：　　年　　月　　日

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。

東京化粧品健康保険組合理事長　殿

注意事項

○月の途中で被保険者・被扶養者となられた方については、資格取得日または扶養認定日からの発行になります。

○受診事由によっては、第三者行為届等のご提出を依頼させていただく場合があります。

○業務中や通勤途中でのケガ等は健康保険の給付は受けられないため認定証の発行はできません。

※平成29年1月から申請は「被保険者等記号・番号又は個人番号（マイナンバー）」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
個人番号による申請をする場合（備考欄に記載）は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので、審査課（TEL03-3862-5101　音声番号案内③）までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

受付年月日