

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定申請書

T I S
インテックグループ健康保険組合

被保険者	記号	999	番号	99999	会社名	(株)〇〇〇〇〇	
	氏名	健保 太郎					
	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 5 年 9 月 10 日			電話番号 (日中に連絡のとれる電話番号)	090-1234-5678	
適用対象者	氏名					被保険者との続柄	本人
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日					
	入院療養等の見込期間 (認定証の使用期間)	申請書到着月の1日 ~ 令和 8 年 3 月 31 日まで					
	国や市区町村による自己負担分の助成を受けていますか ※いずれかにチェック	☒ 受けていない					
		☐ 受けている 【助成制度：】					
申請理由	限度額適用認定証の申請が必要な理由 ※いずれかにチェック	☒ オンライン資格確認未導入の医療機関受診のため ☐ マイナンバーが健保組合に未着のため					
		☐ 低所得者（住民税非課税）のため ※【被保険者が住民税非課税の場合の注意事項】をご確認ください					
		☐ その他 【申請理由：】					
傷病の原因	怪我または怪我が原因の病気（外傷性）ですか ※いずれかにチェック	☒ いいえ ⇒ ①～③は記入不要です。 ☐ はい ⇒ ①～③をご記入ください。					
	①第三者行為（交通事故や暴力など）によるものですか ※いずれかにチェック	☐ いいえ ☐ はい ⇒ 申請前に健保組合へご連絡ください(TEL076-444-8007)					
	②業務上や通勤・退勤途中に起きたものですか ※いずれかにチェック	☐ いいえ ☐ はい ⇒ 労災の可能性あります。申請前に健保組合へご連絡ください(TEL076-444-8007)					
	③受傷時の状況 ※いつ、どこで						
	認定証郵送先 ※簡易書留で郵送	郵送希望場所 ※いずれかにチェック	☒ 勤務先 ☐ 自宅 ☐ その他（）				
	郵送先住所	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 富山市〇〇町1-2-3 △△ビル5階					
	宛名	(株)〇〇〇〇〇 総務部 健保太郎 宛			電話番号	090-1234-5678	

備考欄											令和	年	月	日提出
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	---	---	-----

●被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください

申請代行者	氏名				電話番号 (日中に連絡のとれる電話番号)	
	適用対象者との関係					
	申請代行の理由					

R8.1

【注意事項】
・この申請書が健保組合に到着した月の初日から3ヶ月間を有効期限として交付します。(有効期限後も必要な場合は再度申請)
・健保組合独自の付加給付は医療費を支払われた約3ヶ月後に給与と共にお支払いします。
・認定証の発送日は、原則毎月3回（上・中・下旬）です。お急ぎの場合は、その旨ご連絡ください。
【被保険者が住民税非課税の場合の注意事項】
マイナンバー制度による情報連携により住民税非課税であることを確認します。 ただしマイナンバーによる情報確認ができなかった場合、非課税証明書の提出を別途お願いすることがあります。
【4月～7月診療分】前年度の非課税証明書(原本) 【8月～翌年3月診療分】当年度の非課税証明書(原本)
・申請月以前の1年間で90日を超えて入院された方は、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。 入院期間が記載されている領収書(写し)を添付してください。
・被保険者の所得区分が「ア」「イ」「現役並みⅠ～Ⅲ」に該当する場合は住民税非課税でも低所得者には該当しません。
【お問い合わせ先】
〒930-8577 富山県富山市牛島新町5-5 T I Sインテックグループ健康保険組合 宛 FAX：076-444-8037 TEL：076-444-8007 ホームページ：https://tisintecgrp-kenpo.or.jp/

(受付印)