

記入例

健康保険組合 限度額適用認定証 交付申請書

被保険者(申請者)記入欄	① 保険証の番号		② 被保険者氏名	③ 住所		
	記号	番号	フリガナ:	〒 ー		
	1 0 0 0	2 3 4 5 6 7 8	適用 一郎	〒 ー 長野市東1-1-1 ●●マンション101号 電話:( ××× ) 123-4567 ※日中連絡の取れる電話番号を記入		
	④ 交付対象者氏名 (本証を使用する者の氏名)		フリガナ:	⑤ 被保険者との続柄	01:本人 12:妻 51:父 52:母 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 その他( )	
	交付対象者生年月日		昭和 平成		5年12月15日	
	⑥ 限度額適用認定証の送付先			⑦ 入院(通院)予定期間		
	※右記、該当の番号に○を付けてください。 「2.その他」の場合は、必ず住所を記入のこと。 ※病院を送付先とする場合は、必ず病室番号も記載のこと。			1. 上記住所と同じ 2. その他 〒 ー		
			平成 27年1月15日 ~ 平成 27年 2月10日			

- ① 保険証上部に記載されている記号の横の「番号」を記入する(保険者番号06138705ではありません)。
- ② 被保険者もしくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
- ③ 住所と電話番号を記入する。※日中連絡の取れる電話番号を記入(携帯電話番号でも可)。
- ④ 入院又は通院する者の氏名を記入する。
- ⑤ 交付対象者の続柄(被保険者との続柄)を○で囲む。該当がない場合、その他( )内に続柄を記入する。
- ⑥ 本証書を受取る住所について、③の住所と異なる送付先を希望する場合は、2「その他」を選択し、受取可能となる住所(病院の住所等)を記入のこと。
- ⑦ 入院又は通院予定期間を記入する。  
●既に入院して精算済の月がある場合は、その期間を除いて記入のこと。  
●申請は、入院開始予定月の前月より申請可能。  
●有効期限が切れて延長を希望する場合は、改めて申請が必要。

※被保険者氏名欄の押印は、被保険者本人が自署した場合は不要です。

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。	
送付先… 〒180-8585	東京都武蔵野市緑町3丁目9-11
	NTTクラリティ株式会社 NTT健康保険組合担当
	〒 0422-38-5552

- (注)
- ・限度額は標準報酬月額により上限額が区分されますので、被保険者の標準報酬月額が変動した際、限度額が変更となることがあります。この場合、別途変更後の限度額適用認定証をお送りすることとなります。(変更前の限度額適用認定証についてはすみやかに健康保険組合へご返却ください)
  - ・退院等により交付理由が消滅した場合には、すみやかに健康保険組合へ限度額適用認定証をご返却願います。
  - ・限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている方、もしくは交付を申請している方は申請不要です。
  - ・70歳以上の方については、高齢受給者証(被保険者証に負担割合記載)により所得区分が判断できますので限度額適用認定証の交付申請は不要です。

検査 管理 シタ マ	審査投入責任者	審査投入担当者	チェックポイント
			<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証を作成し交付したか

自己負担限度額の標準報酬月額による、月単位の上限額

		月単位の上限額
標準報酬月額83万円以上	(ア)	252,600円+ (医療費-842,000円)×1% <4月目~:140,100円>
標準報酬月額53万~79万円	(イ)	167,400円+ (医療費-558,000円)×1% <4月目~:93,000円>
標準報酬月額28万~50万円	(ウ)	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <4月目~:44,400円>
標準報酬月額26万円以下	(エ)	57,600円 <4月目~:44,400円>

決 裁 欄	常務理事

処 事 理 セ ン タ ー	登録チェック	登録	審査	受付

### 健康保険組合 限度額適用認定証 交付申請書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長殿

以下の内容に相違ありませんので、限度額適用認定証の交付を申請します。

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 記 入 欄	保険証の番号		被保険者氏名	住 所	
	記 号	番 号			
	1 0 0 0		カガナ: <span style="float:right">㊟</span>	〒 - 電話:( ) - ※日中連絡の取れる電話番号を記入	
	交 付 対 象 者 氏 名 (本証を使用する者の氏名)		カガナ:	被保険者 との続柄	01:本人 11:夫 12:妻 51:父 52:母 21:長男 22:二男 23:三男 31:長女 32:二女 33:三女 その他( )
	交 付 対 象 者 生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
	限度額適用認定証の送付先 ※右記、該当の番号に○を付けてください。 「2.その他」の場合は、必ず住所を記入のこと。 ※病院を送付先とする場合は、必ず病室番号も 記載のこと。		1. 上記住所と同じ 2. その他(以下に住所を記入) 〒 -		
	入 院 ( 通 院 ) 予 定 期 間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

※被保険者氏名欄の押印は、被保険者本人が自署した場合は不要です。

この申請書は、直接エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ送付してください。	
送付先… 〒180-8585	東京都武蔵野市緑町3丁目-9-11
NTTクラリティ株式会社 NTT健康保険組合担当	
TEL 0422-38-5552	

- (注)
- 限度額は標準報酬月額により上限額が区分されますので、被保険者の標準報酬月額が変動した際、限度額が変更となることがあります。この場合、別途変更後の限度額適用認定証をお送りすることとなります。(変更前の限度額適用認定証についてはすみやかに健康保険組合へご返却ください)
  - 退院等により交付理由が消滅した場合には、すみやかに健康保険組合へ限度額適用認定証をご返却願います。
  - 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている方、もしくは交付を申請している方は申請不要です。**
  - 70歳以上の方については、高齢受給者証(被保険者証に負担割合記載)により所得区分が判断できますので限度額適用認定証の交付申請は不要です。

処 事 理 セ ン タ ー	審査投入責任者	審査投入担当者	チェックポイント