

《 記入例は 2 枚目を参照 》

【1030】 限度額適用認定証交付申請書

ポイント

・提出先は、会社の事務担当となりますが、請求者が事業主を経由して請求することを望まない場合は、直接 JR 健保に送付してください。

(被保険者の退職後、任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。)

※70 歳未満の被保険者、被扶養者が対象で、有効期限は、「70 歳を迎えた月末まで」となりますのでご注意ください。

※有効期限は、毎年 8 月 31 日までです。

(任意継続の場合、資格満了日までで 8 月 31 日までとならない場合があります。)

※現在この認定証をお持ちで、**標準報酬月額改定、定年再雇用、任意継続等取得区分に変更があった場合は、自動発行となり申請書提出の必要はありません。**

記入内容

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
- (3) 被保険者氏名を記入
- (4) 勤務箇所を記入 (任意継続は、記入不要)
- (5) 限度額適用の対象となる方の氏名を記入 (姓と名の間は、1 マスあけて記入)
- (6) 対象となる方の続柄 (本人、妻、長男、二女、父、母など)
- (7) 対象となる方の生年月日を記入
- (8) 証の送付先住所・宛先を記入

※入院中で医療機関へ確認をして、直送可能な場合や精算を待っている場合は、必ず受取り対応してくれる方と連絡先を記入のこと。なお、受取人不明で返送された場合は、ご自宅あての送付

※ご自宅以外で宛名の違う送付先の場合 (ご実家等)、宛先は受取る方の名前を記入

- (9) 現在の標準報酬月額⇒記入不要
- ・被保険者署名欄は、申請書の提出日、勤務箇所 (任意継続の方は未記入)、住所、氏名 (被保険者が自署の場合は、押印は不要)、押印 (ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要)、電話番号 (自宅・携帯) は、問い合わせができるように記入

限度額適用認定証交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 「(10)現在の標準報酬月額」によって、窓口での自己負担限度額が変更となります。随時改定や定時決定等による標準報酬月額の変更により「自己負担限度額」の変更があった場合、認定証をお持ちの方が医療機関窓口で支払った「自己負担限度額」との差額について、当健康保険組合から被保険者に対し戻入の請求もしくは還付を行なう場合があります。

注5 被保険者の前年度住民税が非課税となる場合等の要件に該当する場合、「1011 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書」を提出してください。

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

0000

00000000

(3)被保険者氏名

健保 太郎

(4)勤務箇所

〇〇駅

(5)限度額適用の対象となる方の氏名

健保 花子

(6)対象となる方の続柄

妻

(7)対象となる方の生年月日

5

5:昭和
7:平成
9:令和

000000

年 月 日

(8)証の送付先住所・宛先

住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇
宛先	健保 太郎

(9)現在の標準報酬月額

000 千円

上記のとおり健康保険法施行規則第103条の2の規定に基づき申請いたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

勤務箇所

〇〇駅

被保険者 氏 名

健保 太郎

電 話

000 - 000 - 0000

備考 本申請の提出方法につきましては、「被保険者から直接健康保険組合へ申請」、または「事業主を経由して健康保険組合へ申請」のいずれも可能です。

事業所使用欄	箇所長	電話	000-0000	健保担当課	事業主整理番号	0000
--------	-----	----	----------	-------	---------	------