

常務理事	事務長		担当

健康保険限度額適用認定証交付申請書

下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。また、交付された認定証は使用後速やかに返却いたします。

氏名は自筆でご記入ください

※『限度額適用認定証』は、この申請書を当組合が受付した日の属する月の1日から有効となります。

令和 2 年 12 月 17 日 提出

被保険者	被保険者証の	記号 1	番号 1234	氏名 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 55 年 10 月 5 日
	事業所名称	〇〇株式会社			
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室			
	日中連絡先	自宅 03 (1234) 5678 携帯電話 090 (1234) 5678			
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄 妻	生年月日 昭和 平成 57 年 4 月 25 日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室			
	入院・通院予定期間	令和 2 年 12 月 28 日 ~ 令和 3 年 1 月 4 日			
	傷病原因	1. 骨折やケガなど外傷性によるもの (2. 1以外によるもの (出産のため))			
	外傷の場合のみ具体的状況記入	外傷性の場合のみ、負傷時の状況を具体的に記入してください。			
認定証の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所に送付 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所に送付 <input type="checkbox"/> その他に送付 [勤務先 ・ 実家] ※ 下記を記入してください 希望する送付先にチェックを入れてください。 また、「その他に送付」をチェックした場合は送付先の住所・電話番号も記入してください。 () () 様方				

受付日付印

【マイナ保険証利用のお願い】

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。