

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号-番号												
被保険者	氏名							事業所	名称			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日				所在地	記載不要		
適用認定対象者	氏名							被保険者との続柄				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日			性別	男 ・ 女			
療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 ~ 令和 年 月											
被保険者の住所 (右記住所に適用認定証を郵送いたします) *他の郵送先をご希望の場合は下記も記入してください		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
この欄に記入がある場合は、 右記住所・宛名に適用認定証を郵送いたします		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住所 氏名(宛名) TEL										

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。

※この申請書は被保険者の住民税が課税されている方に限ります。非課税者の方は用紙が異なりますのでお申し出ください。

※療養予定期間(申請期間)の開始年月は**当組合にて受付印を押印した月の1日から**となります。

※療養予定期間(申請期間)の終了年月は**最長で直近の8月**までとなります。

※9月以降も限度額適用認定証が必要な場合は**9月に再度申請をいただく必要があります。**

○ マイナ保険証をご利用ください ○

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。

受 付 印

