

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

保険証の記号・番号を記入してください
枝番の記入は不要です。

被保険者証 記号-番号		○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
被保険者	氏名	健保 太郎	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○年 ○月 ○日
適用認定対象者	氏名	健保 花子	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○年 ○月 ○日
療養予定期間 (申請期間)	令和 ○年 ○月 ~ 令和 △年 ○月		9月~8月を申請期間の1年間としています。 療養開始年月は受付印を押印した月 療養終了年月は最長で直近の8月まで
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		〒○○○○-○○○○○ ○○県○○市○○町○-○	
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		〒	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。

送付先を被保険者の住所以外に指定した方はご記入ください。

※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

