

※健保使用欄は記入等しないでください。

| | | | | | | | | |
|-------|--------|----|---|---|------|-----|--|----|
| 健保使用欄 | 標準報酬月額 | 千円 | | | | | | |
| | 適用区分 | | | | 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | 発効年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※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。

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|--|--------------|-------------|----------------------------------|----|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者証等 記号・番号 | 記号 | | 被保険者 氏名 | | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | | 番号 | | | | | 平成 | | | |
| | 事業所名 | | | | 部署名 | | | | | |
| | 社員番号 | | | | 電話： | () | | | | |
| | 被保険者 住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | | | | | 電話（日中の連絡先）： | () | | | | |
| 適用対象者 | 適用対象者 氏名 | フリガナ | | 被保険者 との続柄 | | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | 平成 | | | |
| | | | | | | | 令和 | | | |
| | 適用対象者 住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | | (※被保険者住所と同じであれば同上と記入) | | | 電話（日中の連絡先）： | () | | | | |
| | 入院・外来 予定期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 傷病原因 | 1. 骨折やケガなど外傷性によるもの 2. その他 () | | | | | | | | |
| | 負傷原因 | ※1. 骨折やケガなど外傷性によるもの場合は、以下へご記入ください。 日時：平成・令和 年 月 日 用務 1. 勤務中 2. 勤務外 場所：1. 会社内 2. 自宅内 3. その他 () 3. 出勤退社途上 4. その他 発生状況 () 負傷原因が第三者の行為（交通事故等）によるものですか。 はい ・ いいえ | | | | | | | | |
| 限度額証 送付希望先 | お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者住所 | | | | | <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 [実家 ・ 病院] ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 - | | | | | | | | | |

| | |
|----|--|
| 備考 | 個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要） |
| | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |

受付日付印

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。

東和薬品健康保険組合