

※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	被保険者証の記号番号	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	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

(2024.1.25)