※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				

受付日付印

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。
また、マイナ保険証をご利用中の方には限度額適用認定証を原則交付しておりません。

※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。
※使用開始日の1～2週間前より申請を受付いたしております。

被保険者	被保険者等記号・番号	記号 番号		被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	市区町村税	1.市区町村税　**課税**		2.市区町村税　**非課税**　⇒　健保へご連絡ください。						
	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	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	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）：　　（　　）								
	交付理由	1.受診先の医療機関がマイナ保険証に未対応。		2.マイナ保険証を持っていない。		3.その他（　　）				
	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の場合は、以下へご記入ください。 日時：令和　年　月　日　午前・午後　時頃　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		☐ 被保険者住所　☐ 適用対象者住所 ☐ 医療機関　※事前に医療機関へ許可を取り、担当者名、病棟、部屋番号等も必ずご記入ください。 〒　　－　医療機関担当者名 ☐ その他　※宛名（様方、気付）、部屋番号等が必要な場合は必ずご記入ください。 〒　　－								

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

（2025.5.21）