

※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 10	被保険者 氏名 健保 太郎	生年月日	昭和 平成	年 5	月 3	日 06	日 07
	事業所名	〇〇〇株式会社			部署名	〇〇部 〇〇課			
	社員番号	〇〇〇〇〇〇			電話	03 (△△△△) △△△△			
	被保険者 住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇			電話（日中の連絡先）	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
適用対象者	適用対象者 氏名	フリガナ ケンポ イチロウ	被保険者 との続柄 長男	生年月日	昭和 平成 令和	年 1	月 0	日 01	日 01
	適用対象者 住所	〒 - 同上			電話（日中の連絡先）	090 (△△△△) △△△△			
	入院・外来 予定期間	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 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 (虫垂炎のため)							
	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 場所：1. 会社内 2. 自宅内 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 〒 病院への送付を希望する場合は、 病院の住所・病院名・病棟・病室番号を明記してください。 (必ず病院に送付の了承を得てください。)								

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