

※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 10 番号 123	被保険者氏名 健保 太郎	生年月日	昭和 平成	年 5 月 3 日 0 6 日 0 7
	事業所名	〇〇株式会社				
	部署名	〇〇部 〇〇課 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 ケンボ イチロウ 健保 一郎	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 0 1 日 0 1
	適用対象者住所	〒 - 同上 電話（日中の連絡先）： 090 (△△△△) △△△△ (※被保険者住所と同じであれば同上と記入)				
	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 場所：1. 会社内 2. 自宅 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	この欄は、骨折やケガなどの外傷性の場合のみご記入ください。				
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 <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