

| | | | | | | |
|---|--------|----------|--|------|-----|----|
| 健康 保 険 限 額 適 用 認 定 証 | 標準報酬月額 | 千円 | | | | |
| | 適用区分 | ア イ ウ エ | | 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 の 現 況 | 被保険者等の 記号番号 | 記号 | 100 | 番号 | 〇〇〇〇〇 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | 社員番号 | 〇〇〇〇〇 | | | | | | | 5 | 3 | 0 | 6 | 0 | 7 | |
| | 被保険者 氏名 | フリガナ | ケンボ タロウ | | | | | | | | | | | | |
| | 所属会社名 | 健保 太郎 | | | | | | | | | | | | | |
| | 部署名 | 株式会社〇〇〇 | | | | | 電話: | 〇〇部 〇〇課 | | | | | | | |
| | 被保険者 住所 | 〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 | | | | | | | | | | | | | |
| 適 用 対 象 者 の 現 況 | 適用対象者 氏名 | フリガナ | ケンボ 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 | 月 | 日 | | | | |
| | 適用対象者 住所 | 〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください | | | | | | | | | | | | | |
| | 用 途 | <input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費 (調剤含む) | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話: | () | | | | | | | | | | | | | |
| 限 度 額 認 定 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 checked="" 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。 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください | | | | | | | | | | | | | | |

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい・いいえ

| | |
|--------|---|
| 備 考 | 個人番号 (被保険者等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 |

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。

Works Human Intelligence健康保険組合

令和 年 月 日提出
受付日付印

| |
|--------------|
| 社会保険労務士の提出代行 |
| |