

健 保 記 入 欄	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 險 者 の 現 況	被保険者等の記号番号	記号	100	番号	○○○○○	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	社員番号	○○○○○									
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ									
	所属会社名	健保 太郎									
	部署名	株式会社○○○									
	被保険者住所	○○部 ○○課					電話:	03 (○○○○)	○○○○		
適用対象者の現況	被保険者住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷○一〇一〇					電話:	03 (○○○○)	○○○○		
	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	月	日
	適用対象者住所	健保 一郎						1 0 0 1 0 1			
	用 途	<input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費(調剤含む)					電話:	()			
	入院・外来予定期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日									
	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。				
<p><input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所</p> <p><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。</p> <p>「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください</p>											

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。怪我是第三者の行為(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