

伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日

課長	課長補佐	担当者

受付印

健康保険 限度額適用認定 申請書

◎この届出書に記載されている個人情報はこの届出書の処理のみに利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者	記号		番号		事業所名(または勤務していた事業所名)	
	氏名				名称	
	生年月日	昭 平	年 月 日	日中連絡のつく電話番号		
対象者 (療養を受ける方)	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭 平 令	年 月 日			
被保険者(対象者)の住所		〒			電話	
希望送付先の住所 送付先の宛名を詳しく明記してください。 例)〇〇病院〇棟(※)・〇〇様方・〇〇会社 ※病院に送付希望の方は、病院に了解を得たうえで誰に了解を得たかも記入してください。		〒			電話	
備考						

令和 年 月 日提出

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。

【健康保険組合処理欄】

被保険者資格取得年月日 (被扶養者認定年月日)		標準報酬月額	適用区分			
昭 平 令	年 月 日	千円	ア	イ	ウ	エ

☆ マイナ保険証への切り替えをお願いいたします ☆

マイナ保険証(マイナンバーカードを健康保険証として利用すること)を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となり、高額療養費制度における限度額を超える支払いが不要になります。

◆ 詳しい内容は、当組合ホームページ (<https://www.tosyoku.org>) をご覧ください！