

組合記入欄

適用区分	ア	70歳以上	現役並み
	イ		現Ⅱ
	ウ		現Ⅰ
	エ		一般

伺年月日

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

太枠内に必要事項を記入してください。

保険証の記号		被保険者氏名	
保険証の番号		生年月日	昭和 平成 年 月 日
認定対象者欄	氏名		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	被保険者との続柄
	有効期間について	令和 年 月分から（必ず記入してください。） ※有効期間は当健康保険組合が申請書を受理した月の1日から、最初に迎える8月31日までとなります。 ※9月以降も必要な方は再度申請書の提出が必要となります。	
	送付先 (下記現住所以外に希望する場合は記入してください。)	〒 _____ _____ _____	

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。

令和 年 月 日

現住所（被保険者） 〒 _____

被保険者氏名 _____

電話番号 _____

※110円切手（特定記録郵便を希望する場合は210円切手を追加、速達郵便を希望する場合は300円切手を追加）を貼付した返信用封筒に宛先・宛名をご記入のうえ同封してください。

受付日付印

※マイナ保険証を利用いただくと、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。

〒170-0004
東京都豊島区北大塚2-11-11
東京都歯科健康保険組合
TEL 03-3918-7511

健康保険限度額適用認定証について

1. 「健康保険限度額適用認定申請書」に記入し、**110円切手（特定記録郵便を希望する場合は210円切手を追加、速達郵便を希望する場合は300円切手を追加）**を貼付した返信用封筒に宛先・宛名をご記入のうえ同封して、健康保険組合に提出してください。



2. 健康保険組合より「健康保険限度額適用認定証」を交付します。
（返信用封筒にご記入いただいた住所へ郵送します。）



3. 医療機関の窓口で保険証と健康保険限度額適用認定証を提示してください。

