

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

記入例

太枠内に必要事項を記入してください。

保険証の記号	1234	被保険者氏名	健保 太郎		
保険証の番号	56	生年月日	昭和 平成	〇年	〇月 〇日
認定対象者欄	氏名	健保 太郎			
	生年月日	昭和 平成 令和	〇年	〇月	〇日
	有効期間について	令和 〇年 〇月分から（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になります。			
	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 〇年 〇月 〇日

現住所（被保険者） 〒 〇〇〇 - ×××
東京都豊島区上池袋〇-〇-〇

被保険者氏名 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

電話番号 健保 太郎

※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。