

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。

被 保 険 者 等 記 号		被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 等 番 号		生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
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 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。

※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。

受付日付印

〒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