

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。

|         |                                   |                                                                                                              |                   |    |
|---------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|
| 被保険者等記号 | 1234                              | 被保険者氏名                                                                                                       | 健保 太郎             |    |
| 被保険者等番号 | 56                                | 生年月日                                                                                                         | 昭和<br>平成 ○年 ○月 ○日 |    |
| 認定対象者欄  | 氏名                                | 健保 太郎                                                                                                        |                   |    |
|         | 生年月日                              | 昭和<br>平成<br>令和 ○年 ○月 ○日                                                                                      | 被保険者との続柄          | 本人 |
|         | 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。）<br>※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。<br>※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<br>（下記現住所以外に希望する場合は記入してください。） | 〒 _____<br>_____<br>_____                                                                                    |                   |    |

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）

〒 ○○○ - ×××

東京都豊島区上池袋○-○-○

被保険者氏名

○○-○○○○-○○○○

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。

〒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