

記入例

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

①被保険者 記号・番号		1111 - 2345
被保険者	②氏名	大日 太郎
	③生年月日	昭平 45 年 2 月 7 日
事業所	④名称	〇〇株式会社
	⑤所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3
適用対象者	⑥氏名	大日 花子
	⑦生年月日	昭平令 50 年 1 月 1 日
	⑧被保険者との続柄	妻
⑨適用対象者の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇1-1-1 Tell 00 (0000) 0000
⑩限度額適用認定証返送先		自宅(上記住所) ・ 会社 ・ その他(裏面に記載)
⑪申請期間		R6 年 2 月 1 日 ~ R7 年 1 月 31 日

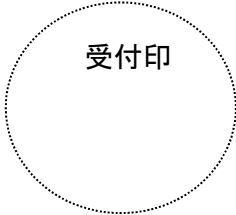
上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

R6 年 1 月 29 日

※記入の際は裏面の注意事項をご確認ください。

【お知らせ】

マイナ保険証を利用すれば、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。



【記入上の注意】

- 1、①被保険者の記号番号をご記入ください。
- 2、②、③被保険者の氏名・生年月日をご記入ください。
- 3、④、⑤の事業所欄は実際に勤務されている会社名及び所在地をご記入ください。
認定証の送付先を会社とした場合、こちらに記入された住所宛に送付します。
- 4、⑥、⑦、⑧の適用対象者欄は、限度額適用認定証を使用される方についてご記入ください。
被保険者と同じ場合は⑥欄に同上とご記入ください。
- 5、⑨適用対象者の住所欄には、限度額適用認定証の送付先住所及び電話番号をご記入ください。
自宅や会社以外に送付を希望される場合は、下記空欄に送付先住所と電話番号をご記入ください。
- 6、⑩欄、ご希望の返送先に○をしてください。その他を希望される場合は、下記空欄に送付先住所と電話番号をご記入ください。
- 7、⑪申請期間欄には、最長1年の範囲で記入してください。
申請期間に記入がない場合は、発行日より3ヶ月有効期限の認定証を発行いたします。