健保記入欄		
	標準報酬月額	千円
	適用区分	
	発効年月日	令和　年　月　日
	有効期限	令和　年　月　日

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※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。

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。

※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被保険者の現況	被保険者等の記号番号	記号		番号		生年月日	昭和 平成	年		月		日
	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	所属会社名											
	部署名	電話:　　（　　）										
	被保険者住所	〒　　－ 電話：　　（　　）										
適用対象者の現況	適用対象者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年		月		日
	適用対象者住所	〒　　－ 電話：　　（　　） （※被保険者住所と同じであれば同上と記入）										
	用　途	□ 入院医療費			□ 外来医療費　（調剤含む）							
	入院・外来予定期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日										

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。	怪我は第三者の行為（交通事故等）によるものですか？ ⇒ はい ・ いいえ	

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　日提出

日東紡績健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

社会保険労務士の提出代行

記入内容に誤りのないことを確認しました。

＊事業所責任者確認欄（記号37の事業所）

住所

氏名