

健保記入欄	標準報酬月額	千円		
	適用区分	ア イ ウ エ		
	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	100	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎								
	所属会社名	株式会社〇〇〇								
	部署名	〇〇部 〇〇課 電話： 〇 3 （ 〇〇〇〇 ） 〇〇〇〇								
	被保険者住所	〒 1 5 1 - 〇 〇 5 1 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話： 〇 3 （ 〇〇〇〇 ） 〇〇〇〇								
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎	被保険者との続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	適用対象者住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話： （ ）								
	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 〇〇 年 〇 月 〇 日 ～ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 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。

日東紡績健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出
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