

記入例

決	常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員
裁						

健康保険 限度額適用認定申請書

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。

被保険者	記号・番号	600 - 123	事業所名	(株)石油健保		
	氏名	石油 太郎	事業所所在地	名古屋市東区西桜3-2-1		
	生年月日	昭和・平成・令和 55年 4月 1日				
適用対象者	氏名	石油 花子	被保険者との続柄	妻		
	生年月日	昭和・平成・令和 55年 10月 1日				
	住所	〒123-4567 名古屋市東区南桜1-2-3				
希望送付先	※被保険者住所に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	〒123-4567 名古屋市東区北桜3-2-1				
	宛名	愛石病院	被保険者との関係	入院先医療機関		

【注意】医療機関等、ご自宅以外の送付先を希望する場合は、事前に送付先にその旨を伝え、了承を得てから申請してください。

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 1年 5月 10日

〒123-4567

住所 名古屋市東区南桜1-2-3

被保険者

氏名 石油 太郎

電話番号 012-345-6789

東海地区石油業健康保険組合 殿

受付年月日

※有効期限に達した時、資格を喪失された時、必要がなくなった時は

速やかに当健康保険組合まで返納してください。

認定証の発効年月日は当組合で申請書を受付した月の初日となります。

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄にマイナンバーを記載してください。

被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄

記号番号を記載した場合、本欄への記載は不要です