

健 保 記 入 欄	標 準 報 酬 月 額	千 円					
	適 用 区 分	ア イ ウ エ		常務理事	事務長		担当
	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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

提出年月日	令和		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

※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 記号・番号	記号		番号		生年月日		年	月	日											
	被保険者 氏名	フリガナ																			
	所属会社名																				
	部署名					電話番号	-	-													
	被保険者 住所	〒 -				電話番号 - -															
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄		生年月日			年	月	日										
	適用対象者 住所	〒 -				電話番号 - -															
		(※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																			
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	お急ぎの場合 → 令和 年 月 日 頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。																				
	被保険者住所				適用対象者住所																
	その他 [実家等は宛名(様方・気付)等をもれなくご記入ください。なお医療機関への送付はできかねます。]																				
	〒 -																				

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? ⇒
----------------------------------	-----------------------------

備 考	個人番号（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

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。

因幡電機産業健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄