

常務理事	事務長		係

## 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。

被保険者の現況	保険証の記号・番号	記号 ○○○	番号 ○○○○○○	申請日	令和 ○○年 ○○月 ○○日
	フリガナ	ケンボ タロウ		生年月日	昭和・平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日
	被保険者氏名	健保 太郎			
被保険者住所	〒 ○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1 △△マンション○○号室 電話 ○○(○○○○)○○○				
対象者の現況	フリガナ	ケンボ ハナコ	被保険者との続柄	生年月日	昭和・平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日
	適用対象者氏名	健保 花子	妻		
	有効期限	申請書を受け付けた日の属する月の初日から 1年間 申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。 例) 4月30日受付→4月1日から有効 5月1日受付→5月1日から有効 ※有効期限後も限度額適用認定証が必要な場合は、再度のご申請が必要です。 ※使用後は、楽天健康保険組合にて限度額適用認定証をご返却願います。 ※有効期間内に適用区分が変更となった際は、健保より新しい区分の認定証をご自宅あて郵送いたします。			
交通事故など第三者行為による受診ですか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		※「はい」の場合(受診される傷病の原因が交通事故など第三者行為による場合)は、保険証・認定証を使用することができません。事前に健保へご連絡ください。		
送付希望先	ご希望の送付先を選択してください(記載がない場合も、上記住所へお送りいたします。)				
	1.	上記住所に送付			
	2. 社内便	(オフィス)	(事業所)	(部署名)	
3. その他	〒 宛名(被保険者氏名と異なる場合): 電話 ( ) ※宛名をご指定いただいた場合、○○(宛名欄記載)様方 ●●(被保険者名)様 あてでお送りいたします。予めご了承ください。				

\*被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名		被保険者との続柄	
	連絡先電話番号	TEL	( )	
申請代行の理由				

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。

健保記入欄	標準報酬月額	千円		
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・I・II		
	発効年月日	令和	年	月 日
	有効期限	令和	年	月 日

受付日付印