

常務理事	事務長	課長・L	担当者
記入不要			

記入例

健康保険限度額適用認定証交付申請書

太枠内をご記入ください。

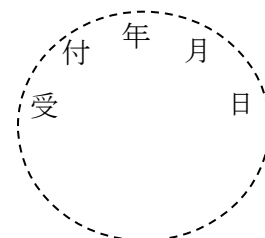
保険者番号	06270680	事業所	会社名	〇〇薬品工業株式会社
被保険者証記号番号	10 — 234567		所属部署	△△部〇〇課
被保険者	氏名	健保 太郎		
	生年月日	S・H・R 〇〇年 〇月 〇日	昼間連絡可能な電話番号	勤務先 999(9999)9999
適用対象者	氏名	健保 花子		
	生年月日	S・H・R 〇〇年 〇月 〇日	被保険者との続柄	妻
被保険者住所	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1			
(入院される場合は、ご記入ください。)	外来で利用される場合は、下記の欄はご記入不要です。			
入院予定年月日	R 〇〇年 〇月 〇日～ R 〇〇年 〇月 〇日			
有効期限	6ヶ月 例) 12月交付の証は翌5月末が有効期限になります。			
限度額認定証送付先(原則職場受取) 本人入院等で職場で受取できない方のみ 右に送付先住所(自宅・留守宅等)を記入。	〒			

<注意事項>

- * 外来利用・入院利用ともこの申請書で申請してください。限度額適用認定証は共通です。
- * 申請書は、ご記入後、社内便もしくは郵送にて健康保険組合へ送付してください。
- * 受付日の月の初日から適用となります。原則的に受付日の翌日に証を返送します。
- * 武田薬品および任意継続の方は宛先を記入した返信用封筒を同封し、健康保険組合へ提出してください。
- * 武田薬品以外の事業所の方は、会社の健保事務担当者へ提出してください。
- * 退院等でご不要になった場合は、有効期限にかかわらず、速やかに返却してください。
- * 医療費について公費受給できる方は、手続きをとり、必ず健康保険組合までご連絡ください。

健保記入欄

有効期間	平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
区分	記入不要
月額	
送付年月日	平成 年 月 日



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。