| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 健康保険 限度額適用認定 申請書

■ 被保険者（申請者）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者（申請者）情報 | 事業所名 | □東京・高岡本社（二塚製造部含む）<br>□高岡工場　□川内工場<br>□労働組合　□任意継続　□（　　） | 所属 |
| | 被保険者証の | 記号　　番号　　（右詰め） | 生　年　月　日<br>□昭和□平成□令和　　年　　月　　日 |
| | 氏　名 | （フリガナ）<br>（自署） | |
| | 住　所 | （〒　　－　　）　都道府県<br>(TEL　　－　　－　　) | |

■ 認定者（療養を受ける方）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 認定対象者欄 | 療養を受ける方<br>※被保険者の場合は氏名と生年月日は記入の必要はありません | □被保険者<br>□被扶養者 | 氏名 | 生年月日 | □昭和<br>□平成<br>□令和　　年　　月　　日 |
| | 療養予定期間 | 令和　　年　　月　～　令和　　年　　月 | （※原則、3か月間有効で交付） | | |

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　　年　　月　　日

※ 限度額適用認定証は通常、所属先（任意継続は自宅）へ送付しますが、希望する送付先があれば下記にご記入ください。

| | | |
|---|---|---|
| 希望送付先 | □ 上記の被保険者住所へ　□ 下記記入の送付先へ | |
| | 住　所 | （〒　　－　　）　都道府県<br>(TEL　　－　　－　　) |
| | 宛　名 | |

| 受付日付 |
|---|
| |

被保険者証の記号・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へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は本人確認、個人番号確認をするための添付書類が必要です。

| 備考欄 | |
|---|---|

※ 低所得者用は別の申請書になりますので、健康保険組合にご請求ください。