健康保険限度額適用認定申請書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、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
	被保険者証の 記号・番号	記号	番	号		個人番号(12桁)	左欄に	「記号・	番号」	を記入の	D <mark>場合</mark> は ^Z	下要	
申請者記入欄	被保険者氏名					生年月日		昭和平成		年	,	月	П
	住所 電話番号	〒(-)		日中に連絡可能な電話番					話番号		
	事業所 所属 社員番号	会社名				支店·営業所·部門				社員番号 ()			
	対象者者氏名					生年月日		昭和 平成 令和		年	,	月	日
	用途 (いずれかに く 印)	口多	外来		入院	必要な期間の 開始日	令	和		年	,	月	日
	特記事項	※発行する認定証の有効期間は、原則として必要な期間の開始日が属する月の1日から3ヶ月間で発行します。 3ヶ月を超える期間が必要な場合は、その期間と理由をご記入ください。(ただし、有効期間は最長1年間)											

マイナ保険証を使用する場合、 本申請は不要です。

事前手続きをすることなく、高額医療制度の 限度額を超える支払いが免除されます。 ぜひ、マイナ保険証をご使用ください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録が お済でない場合も、医療機関・薬局にマイナンバーカードを持参すると、窓口で利用登録が可能です。

事業所担当者名・受付日の記入、または押印							
受付日:令和 年 月 日							
カム ヘ ロ ロヘ とうで							
社会保険労務士 確認欄							

健保組合	健保組合 受付印
担 当	
	2024.3 帳票No.101