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。					申請日	令和	00	年 〇	〇 月	OO =
申請者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号 9	番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号	・番号」	を記入の	の場合は	不要	
	被保険者氏名	九三	工 太郎	生年月日	□ 昭和	OC) 年	00	月(
	住所 電話番号		 区那の川○丁目○ネ 	番○号		(日中に <mark>000</mark>			i話番号 · 0000)
	事業所 所属 社員番号	会社名株	式会社●●	支店・営業所・竒	社員番号 (987654)					
	対象者者氏名	九	工 花子	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和	OC)年	00	月()O [‡]
	用途 (いずれかに く 印)	□外来	☑ 入院	必要な期間の 開始日	令和	OC)年	00	月()O =
		※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)								
	特記事項	長期入院となるため、6カ月間有効なものが必要								

<u>マイナ保険証を使用する場合、</u> 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。



