

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

申請書を記入する前に下記のお知らせをご確認ください

被 保 険 者 欄	記号・番号	(記号)	(番号)	又は	個人番号															
	所属事業所 社員番号	(会社名)			(支店・営業所・部門名)												(社員番号)			
	氏名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成		年		月		日		性別	☐ 男 ☐ 女					
		(氏)				(名)			日中に連絡可能な電話番号								— —			
住民票の住所	〒 — — — — —																			

対 象 者	氏名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日		性別	☐ 男 ☐ 女	
	続柄		用途	☐ 外来 ☐ 入院		必要な期間 の開始日	令和		年		月		日			
期 間 延 長 申 請	※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、その期間の最終日と理由をご記入ください。(ただし、有効期間は最長1年間)															
	必要な期間 の最終日	令和		年		月		日								
	必要な理由															

お 知 ら せ	・マイナ保険証を使用する場合、限度額適用認定証を医療機関等の窓口に提示する必要はありません。 したがって、本申請は不要です。															
	・申請を行わずに、高額医療制度の限度額を超える支払いが免除されますので、ぜひマイナ保険証を ご利用ください。															
	・マイナンバーカードの健康保険証利用登録がお済みでない場合でも、医療機関・薬局にマイナカード 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・ 受付日の記入又は 押印	受付日:令和 年 月 日
社会保険労務士 確認欄	

健 康 保 険 組 合		
常務理事	事務長	担 当

健保組合 受付印