健保記入欄								
	標準報酬月額	千円						
	適用区分	上 位		一 般				
		ア	イ	ウ	エ	常務理事	事務長	担当
	発効年月日	年	月	日				
	有効期限	年	月	日				

健康保険　限度額適用認定証交付申請書

留意事項	
	※マイナンバーカードに対応した医療機関であれば、医療機関の窓口で マイナ保険証（健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカード）を提示すれば、 健保組合に事前の手続きなく、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、マイナ保険証を是非ご利用ください。

提出日	年　月　日								
被保険者等記号番号	記号		被保険者氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日		年	月	日
	番号									
被保険者住所	〒 電話　（　　）			所属及び部署名	電話　（　　）					
適用対象者氏　名（限度額証を使用する人）	ﾌﾘｶﾞﾅ			被保険者との続柄		適用対象者生年月日		年	月	日
入院・通院予定期間	年　月　日									
認定証送付先	＊被保険者の住所と同じ場合は記入不要です。 〒									
	受取人または送付先名称			連絡先（電話）						

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。

受付日付印

【送付先】

郵送の場合　：　〒160-0023　東京都新宿区西新宿8-19-1　小林ビル511号室

大気社グループ健康保険組合