

マイナ保険証を利用すれば、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、マイナ保険証をぜひご利用ください。

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 限度額適用認定 申請書

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。

申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
被保険者証の	記号	555	事業所名称	機〇〇〇〇
	番号	1234		
被保険者の	氏名	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇		
適用対象者の	氏名	△△ △△	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和 △△年△△月△△日	性別	男 (女)
療養(予定)期間	令和 〇〇年 〇〇月 から 令和 ××年 ××月まで			

*外傷によるものについては別途届出が必要になります。

上記被保険者の住所以外に送付希望の場合は、その住所とあて先を記入してください。

住所	〒 —		
あて先		電話番号	()

埼玉県建設業健康保険組合理事長 殿

以下、健康保険組合記入欄

交付年月日		受付印
発効年月日		
有効期限		
適用区分		

申請書を郵送(または提出)する年月日を記入してください。

健康保険証に記載されている記号・番号と事業所名称を記入してください。

被保険者の氏名・住所・電話番号を記入してください。

限度額適用認定証を使用する方の氏名・被保険者から見た続柄・生年月日・性別を記入してください。

限度額適用認定証が必要な期間を記入してください。なお、申請する月より前の期間については、医療機関にさかのぼって使用可能かを事前にご確認ください。

被保険者の住所以外に発送を希望される場合は、その住所とあて先の名称を記入してください。