

健康 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円				
	適用区分			常務理事	事務長	係
	発効年月日	令和	年	月	日	
	有効期限	令和	年	月	日	

健康保険限度額適用認定証  
限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。  
※認定証の発効年月日は申請のあった日（健保受付日）の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。  
※市町村民税が非課税世帯の方については「非課税証明書」を添付ください。

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証の記号番号	記号		番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	社員番号									
	被保険者氏名	フリガナ								
	所属会社名									
	部署名	電話 ( )								
被保険者住所	〒 - 電話 ( )									
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者氏名	フリガナ		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	適用対象者住所	〒 - 電話 ( ) (※被保険者住所と同じであれば同上と記入)								
	用途	<input type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費 (調剤含む)								
	入院・外来予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。									
	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他 [ 実家 ・ 病院 ] ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 -									

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。 怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい ・ いいえ

備 考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

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。  
ツルハホールディングス健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出  
受付日付印

社会保険労務士の提出代行	