

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

※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。(市町村民税が非課税世帯の方は、正しい限度額区分が適用されない場合がございますので、非課税証明書(原本)と共にこちらの申請が必要になります。)

※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(原本)」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	2	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和	年	月	日		
						平成	5	3	0	6	0	7
	社員番号	〇〇〇〇〇										
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎										
	所属会社名	株式会社〇〇〇 (〇〇〇ドラッグ〇〇店等店舗名でも可)										
	部署名	〇〇部 〇〇G(店舗名の場合は記載不要) 電話: 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										
適 用 対 象 者 の 現 況	被保険者 住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話: 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										
	適用対象者 氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎	被保険者 との続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	1	0	0	1	0	1
	適用対象者 住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話: ()										
	用 途	☒ 入院医療費 ☐ 外来医療費 (調剤含む)										
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	入院・外来 予定期間	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日										
	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。										
	限度額認定証 送付希望先	☒ 被保険者住所 ☐ 適用対象者住所 ☐ 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。 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください										

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