

健 保 記 入 欄	標 準 報 酬 月 額	千円					
	適 用 区 分			常務理事	事務長		担当
	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。
※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。

被 保 険 者 の 現 況	被保険者等の 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	〒 ー 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	〒 ー (※被保険者住所と同じであれば同上と記入)												電話： ()
	用 途	☐ 入院医療費 ☐ 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。												
☐ 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。 〒 ー														

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（被保険者等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。

令和 年 月 日提出

キオクシア健康保険組合

受付日付印