

|                                       |        |          |  |      |     |    |
|---------------------------------------|--------|----------|--|------|-----|----|
| 健康<br>保<br>険<br>組<br>合<br>の<br>印<br>鑑 | 標準報酬月額 | 千円       |  |      |     |    |
|                                       | 適用区分   | アイウエ     |  | 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<br>保<br>険<br>者<br>の<br>現<br>況                               | 被保険者等の<br>記号番号                                                                                                                                                                                   | 記号                                                                              | 100          | 番号 | 〇〇〇〇〇 | 生年月日           | 昭和<br>平成 | 年  | 月        | 日    |  |
|                                                               | 社員番号                                                                                                                                                                                             | 〇〇〇〇〇                                                                           |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
|                                                               | 被保険者<br>氏名                                                                                                                                                                                       | フリガナ ケンボ タロウ<br>健保 太郎                                                           |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
|                                                               | 所属会社名                                                                                                                                                                                            | 株式会社〇〇〇                                                                         |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
|                                                               | 部署名                                                                                                                                                                                              | 〇〇部 〇〇課                                                                         |              |    |       |                | 電話:      | 03 | ( 〇〇〇〇 ) | 〇〇〇〇 |  |
|                                                               | 被保険者<br>住所                                                                                                                                                                                       | 〒 151 - 0051<br>東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇<br>電話: 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                         |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
| 適<br>用<br>対<br>象<br>者<br>の<br>現<br>況                          | 適用対象者<br>氏名                                                                                                                                                                                      | フリガナ ケンボ イチロウ<br>健保 一郎                                                          | 被保険者<br>との続柄 | 長男 | 生年月日  | 昭和<br>平成<br>令和 | 年        | 月  | 日        |      |  |
|                                                               | 適用対象者<br>住所                                                                                                                                                                                      | 〒 -<br>被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください<br>電話: ( )                                     |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
|                                                               | 用 途                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費 (調剤含む) |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
|                                                               | 入院・外来<br>予定期間                                                                                                                                                                                    | 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日                                               |              |    |       |                |          |    |          |      |  |
| 限<br>度<br>額<br>適<br>用<br>認<br>定<br>証<br>送<br>付<br>希<br>望<br>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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所<br><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。<br>〒 -<br>「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

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。

日本M&Aセンターグループ健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印

|              |
|--------------|
| 社会保険労務士の提出代行 |
|              |