

## 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

常務理事

事務長

グループ統括

課長

係長

担当者

70歳未満の上位取得者・一般所得者用

マイナ保険証を利用すれば、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。

以下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

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右つめ)	記号 [ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ]	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 [ ] - [ ] ) 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( [ ] )				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	被保険者の場合は記入の必要はありません	認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。			
療養予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒 [ ] - [ ] ) 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( [ ] )				
宛名						

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。						
	氏名					被保険者との関係	
	電話番号	TEL ( [ ] )				申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ( [ ] )

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
申請先 〒103-0022 東京都中央区日本橋室町3-4-7 日本橋室町プラザビル 海空運健康保険組合 給付課宛	

受付日付印
-------

※組合記入欄	マイナ証 紐づけ	有・無	8月末 / 3月末	本 / 家	ア・イ・ウ・エ / 現役Ⅱ・現役Ⅰ
--------	-------------	-----	-----------	-------	-------------------