

健 保 記 入 欄	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 保 険 者 の 現 況	被保険者等の 記号番号	記号	100	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日	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														
	部署名	〇〇部 〇〇課 電話: 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇														
	被保険者 住所	〒 151 - 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇ー〇ー〇 電話: 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇														
適 用 対 象 者 の 現 況	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	年	月	日	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）														
	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														
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。 〒 - 「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。
ベイカレント健康保険組合

令和 年 月 日提出
受付日付印

社会保険労務士の提出代行