

<健康保険組合捺印欄>

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係 |
|      |     |    |   |

健康保険限度額適用認定申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

|                                          |                               |                             |  |           |      |   |     |
|------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|-----------|------|---|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者                         | 被保険者等<br>記号-番号                | -                           |  | 日中の連絡先    |      |   |     |
|                                          | 氏名                            |                             |  |           | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 対<br>象<br>者                              | <input type="checkbox"/> 被保険者 |                             |  |           |      |   |     |
|                                          | <input type="checkbox"/> 被扶養者 |                             |  |           |      |   |     |
|                                          | 対象者氏名                         |                             |  | 被保険者との続柄  |      |   |     |
|                                          | 生年月日 年 月 日                    |                             |  | 性 別 男 ・ 女 |      |   |     |
| 対象期間                                     |                               | 年 月 日 ～ 年 月 日               |  |           |      |   |     |
| 病院名                                      |                               |                             |  |           |      |   |     |
| 送付先<br>(いずれかに○)                          |                               | 所属部署 ・ カスタマーセンター ・ 自宅 ・ その他 |  |           |      |   |     |
| 送付先住所<br>または<br>所属コード、カス<br>タマーセンター<br>名 |                               | 〒                           |  |           |      |   |     |

受 付 印