

健康保険限度額適用認定申請書

(マイナ保険証 未登録の方)

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____ -	所属事業所 (会社名)	
	氏 名			電話番号 ()
		生年月日： 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日		連絡先

適 用 対 象 者	対象者氏名 (受診する方)		続 柄	
	療養予定期間	生年月日： 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
		令和 _____ 年 _____ 月 ~ 令和 _____ 年 _____ 月		予定期間の記載が無い場合、健保組合が 受付した月の1日から3ヶ月有効となります。

- マイナ保険証を利用登録されている方には適用認定証は発行されません。
- 適用認定証は、原則として事業主を経由して交付となります。
- 入院中等により、事業主以外へ送付を希望される場合は、下記に送付希望先を記入下さい。実家等の場合は「宛名」、医療機関の場合は(受取っていただけるか確認の上)「病院名・病棟・部屋番号等」を記入下さい。

送 付 希 望 先	住所 電話番号等	〒 _____ 電話番号 () _____ ----- ----- <宛名・病院名等>

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

そごう・西武健康保険組合 理事長 殿

(健保組合記入欄)

受 付	決 裁 (交付)	支給No	
		常務理事	事務長

有効期限	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	新規・継続 ()
所得区分 (標準報酬月額)	ア. 83万円以上 (_____ 千円)	イ. 53~79万円 (_____ 千円)
	ウ. 28~50万円 (_____ 千円)	エ. 26万円以下 (_____ 千円)
	オ. 住民税非課税 (_____ 千円)	