

## 健康保険 限度額適用認定申請書

					令和	年	月	日
保険証	記号		番号		予定入院期間		令和 年 月 1 日	
					年と月のみ記入 (※)		令和 年 月 末日	
					(最長で6ヶ月間)			
被保険者	氏名				事業所	名称		
	生年月日		昭平令	年 月 日		所在地		
適用対象者	氏名				被保険者との続柄			
	生年月日		昭平令	年 月 日	性別		男 ・ 女	
被保険者・免除対象者住所								

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。

★認定書の希望送付先 (該当を○で囲む)・・・事業所本社 ・ 自宅 ・ その他

その他の場合は住所を記入 〒

TEL

※ 入院予定期間とは、適用対象者が入院などのために、この認定証を必要とすると想定できる期間です。認定証は、月単位で発行していますので、年と月のみご記入ください。

◎ 申請方法 この申請書の太枠内のみ記入し、当健康保険組合に提出してください。  
住所) シナネン健康保険組合  
〒140-0002 東京都品川区東品川1丁目39番20号

◎ 返却方法 保険証と同様、たいせつに保管してください。  
有効期間終了後は、速やかに当健康保険組合まで返却をお願いいたします。

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。

受付