

## 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				所在地		
適用対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日			性別	男 ・ 女		
被保険者・適用対象者住所 (該当を○で囲む)							

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  
〒108-6306 東京都港区三田 3-5-27 三田ツインビル西館 6階  
TEL03-6478-7818

◎ 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