

記入例

健康保険 限度額適用認定申請書

				令和 5 年 11 月 20 日			
保険証	記号 101 番号 9999		予定入院期間 年と月のみ記入 (※)		令和 5 年 12 月 1 日 令和 5 年 2 月 末日 (最長で6ヶ月間)		
	氏名	品川 太郎	事業所	名称	シナネンホールディングス株式会社		
生年月日	昭和 55 年 2 月 18 日	所在地		東京都港区三田3-5-27			
適用対象者	氏名	品川 花子	被保険者との続柄		妻		
	生年月日	昭和 52 年 4 月 10 日	性別		男 ・ 女		
被保険者・適用対象者住所 (該当を○で囲む)		〒999 - 9999 神奈川県横浜市.....区..... TEL 044 (888) 9999					

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 〒999-0000 東京都港区..... TEL 03-0000-0000

※ 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