

健保記入欄	標準報酬月額	千円							
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	常務理事	事務長		担当
	発効年月日	令和	年	月	日				
	有効期限	令和	年	月	日				

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

※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。

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。

※認定証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被保険者の現況	被保険者等の記号番号	記号	100	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日	5	3	0	6	0	7		
	社員番号	〇〇〇〇〇																
	被保険者氏名	フリガナ	ケンポ タロウ 健保 太郎															
	所属会社名	株式会社〇〇〇																
	部署名	〇〇部 〇〇課 電話: 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇																
適用対象者の現況	被保険者住所	〒	151	-	0051	東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇 電話: 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇												
	適用対象者氏名	フリガナ	ケンポ イチロウ 健保 一郎		被保険者との続柄	長男		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	1	0	0	1	0	1
	適用対象者住所	〒 - 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話: ( )																
	用途	<input checked="" type="checkbox"/> 入院医療費 <input type="checkbox"/> 外来医療費 (調剤含む)																
	入院・外来予定期間	令和 〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇〇年 〇月 〇日																
限度額認定証送付希望先	お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。																	
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他 [ 実家・病院 ] ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 - 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください																	

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。

怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか? ⇒ はい・いいえ

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。

PHC健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行