

常務理事	事務長	課長	係

マイナ保険証をご使用中の方は提出不要です

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます  
 便利なマイナ保険証をぜひご利用ください

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	枝番	マイナ ナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です	
	氏名	(フリガナ)				生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	〒					年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	電話番号	自宅	( )		都 道	府 県	

認定対象者欄	療養を 受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄
	療養予定期間	年 月 から療養開始(予定)			遡及しての申請はできません。提出される月 または療養を開始する月を記入してください。	

希望送付先	送付先 選択欄	1. 事業所担当者宛に送付希望 → 組合が登録している事業所の住所へ送付します。 2. 自宅へ送付希望 → 被保険者情報に記載された住所へ送付します。 3. その他を希望 → 下記へ送付する住所と宛名を記入してください。				
	3 選択時に 記入	住所	(〒 - )		電話番号 (日中の連絡先)	
	宛名	その他を希望した理由				

申請代行者欄	※「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名				被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )		申請代行 の理由	( )

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印
-------

----- 組合使用欄 -----

適用区分	有効期限	年 月 日
------	------	-------

倉庫業健康保険組合