

交付申請についてお尋ねします

①交付申請の理由（該当する理由に☑を記入して下さい）

- オンライン資格確認システム未導入の医療機関を受診する為
 オンライン資格確認システム導入済の医療機関だが、医療機関より発行を指示された為
 その他（ ）

②医療機関名記入（ ○○病院 ）

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

■太枠内を記入し、被保険者の確認書類コピーを添付して申請して下さい。

【確認書類】

- ①身分証明書（運転免許証、社員証、保険証、マイナンバーカード等）
②身分証明書が無い場合は、住民票などの公的な証明書

被保険者資格情報 記号・番号	10	123456	被保険者氏名	愛知 太郎 ⑨
被保険者の住所	〒 476 — 0003 愛知 都道 府県 東海市荒尾町○○—○			
被保険者の電話番号	(052)	123 — 4567	内線	1234
適用対象者氏名	愛知 花子		被保険者 との続柄	配偶者
適用対象者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	5 年 5 月 5 日	高額予定 の開始年月	令和 6 年 3 月

■申請者が被保険者と異なる場合

※代理人申請の場合は、被保険者の確認書類コピーに加え、代理人の確認書類コピーも添付して下さい。

申請者氏名	⑨	被保険者 との続柄	
申請者の住所	〒 — 都道 府県		

【健康保険組合使用欄】

受付ナンバー	—		
受渡方法	窓口 ・ 社内メール ・ 本人へ郵送 ・ 事業所へ郵送		
身分証明書確認	運転免許証 ・ 社員証 ・ 保険証 マイナカード ・ その他（ ）	事業所担当者の為不要	
事業所窓口受領	上記適用対象者の限度額適用認定証を受領しました。 令和 年 月 日 受領者氏名：		

決 済		
常務理事	事務長	担当

健保受付印