常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等記号番号		―				
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成	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	昭和 平成 令和	年　月　日	性別	男・女	
被保険者住所		〒　―				
送付先の住所 （注1）		〒　―				
宛名						
連絡先電話番号		(　　)　－			自宅・携帯・会社	

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。

(注1)送付先は被保険者住所、勤務先(被保険者宛)、医療機関(要送付の了承)のいずれかです。

受付年月日

マイナンバーカードの取得およびマイナ保険証の利用登録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。

東京文具販売健康保険組合