

提出先: 健保 (被保険者・申請者→健保)

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ ( 太 枠 内 )	被保険者の記号・番号		被保険者氏名		生年月日		
	—				昭和 平成 令和	年 月 日	
	事業所名称			所 属			
				部		課/主査 係	
				勤務先TEL:			
	被保険者 住所	〒 TEL:					
	適 用 対 象 者	氏 名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		性 別	男 ・ 女		被保険者との続柄		
		住 所					
		認定証の必要な期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				
		第三者の行為[交通 事故等]による傷病	はい ・ いいえ		業務上/通勤途上の傷病	はい ・ いいえ	
		国や自治体からの医療費助成の有無 あり ・ 申請中 ・ なし			助成制度 の名称		
	○被保険者以外の方が申請する場合は下記に記入してください。						
	申請 代行者 署名 (自筆)	被保険者に対し申請意志の確認をいたしました。			被保険者との 関係	<input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	代行者 連絡先	TEL :		申請代行 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で申請できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認定証 交付方法	<input type="checkbox"/> 代行者に直接手渡し(代行者から被保険者に渡す) <input type="checkbox"/> 代行者あてに郵送 (送付先住所: 〒 )						
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。  令和 年 月 日 SUBARU健康保険組合 殿  <div style="text-align: right;">被保険者署名(自筆)*</div>							

※被保険者が署名できない場合はその理由等を署名欄余白に記載し、申請代行者が署名すること。交付可否は理由により判断します。

健 保 記 入	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

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是非ご利用  
ください。