

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

被保険者情報	被保険者等 記号と番号	—				被保険者等記号と番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」 「資格確認書(健康保険証)」のいずれかでご確認ください。
	氏名			生年月日	昭平	年 月 日
	住所	〒 —				
	電話番号	()		※日中連絡が取れる番号を記入してください。		
認定対象者	氏名	※被保険者の場合は省略可				
	生年月日	昭平令	年	月	日	被保険者との続柄
申請期間	令和 年 月 ~ 1年間					

送付希望先	上記被保険者住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。				
	〒 —				
電話番号	()				
送付先宛名					

※現在入院・通院中、または精算予定の方は医療機関等をご記入ください。

医療機関名					※入院の場合、入院開始日を記入 令和 年 月 日 ~
-------	--	--	--	--	-------------------------------

- ※1 認定証の有効期限は、申請書を受け付けた日の属する月（交付必要期間が受付日より後月の場合は当該月）の1日から、最長1年間です。また、発効年月日より前の自己負担分に対しては適用されません。
- ※2 遡って認定が必要な場合は事前にご連絡ください。
- ※3 負傷の場合は、「負傷原因届」を添付してください。

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

申請書送付先
〒103-0004
東京都中央区東日本橋1-5-13
東京ニットファッション健康保険組合 給付課
TEL 03-3861-7296

受付日付印

組合 使用 欄	標準報酬月額	千円	
	アイウエ	現役並みⅡ	現役並みⅠ
	送付・引渡日	/ 交付	