

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

起案日 令和 年 月 日

ご記入は、消えない黒のボールペン
等を使用し丁寧に記入ください。

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

※上記は記入しないでください。

マイナ保険証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、組合への手続きは必要ありません。マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	事業所 名 称	
	氏 名				生 年 日 昭和・平成 年 月 日
	住 所	〒 ー TEL(日中の連絡先) ()			
適用対象者	適用対象者が被保険者の場合は記入不要です。				
	氏 名				生 年 日 昭和・平成・令和 年 月 日
送付先	上記被保険者情報の住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。				
	〒 ー				
	TEL(日中の連絡先) ()				
	宛 名				
申請理由	☐ ① マイナ保険証を持っていない・交付手続中のため ☐ ② 医療機関がオンライン資格確認を導入していないため ☐ ③ その他				

<必ずお読みください>

- ◎ 認定証の発効年月日は、厚生労働省の通知により「申請があった日の属する月の初日」と定められています。(例えば1月20日に申請書が到着した場合、発効年月日は1月1日となります。)
- ◎ 当組合に申請書が到着した月の1日(加入月に申請された場合は取得日・認定日)から1年間(期間中に資格喪失される方は喪失日の前日、70歳に到達される方は到達月の月末まで)有効な認定証を交付します。受付日より前の月に遡って交付することはできません。

受 付 印

【申請書送付先】〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷2-37-9

全国設計事務所健康保険組合 給付グループ TEL03-3404-7344