記入例

提出日：令和　○○年　○○月　○○日

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者	被保険者証	記号	○○○	番号	○○○○○○○	事業所名	○○○○㈱○○○工場
	被保険者の氏名		健　保　太　郎			生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日 平成
	被保険者の住所		〒　○○○ － ○○○○ ○○県○○○市○○○1－2－3 電話番号　○○○（○○○○）○○○○				
適用対象者	適用対象者の氏名		健　保　花　子			生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和
	療養開始予定日		令和　○○年　○○月　○○日	記載がない場合、原則受付月の1日から1年間有効となります。		続柄	妻
希望送付先	限度額適用認定証の送付先 （右欄1. 2. 3のいずれかに○印を付けて下さい。）		1.　事業所労務担当課	2.　自　宅	3.　その他		
			3. その他をご希望の場合の送付先　〒　－				

事業所受付日 ： 令和　　年　　月　　日

【被保険者の方へ】

1. 申請が必要な方は、70歳未満の方、および、70歳以上で「高齢受給者証」の一部負担金の割合欄が「3割」で、かつ、標準報酬月額が28万円～79万円（現役並所得者Ⅰ・Ⅱ）の方です。

（

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、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

2. 住
3. 日
4. 近
5. 療
6. 有

（その際、不要になった限度額適用認定証を添付して下さい。）

7. 提出先は各事業所労務担当課です。急を要する場合や任意継続被保険者は、直接東レ健康保険組合に提出して下さい。

東レ健保組合使用欄		
	適用区分	ア　イ　ウ　エ
	交付日	返納日
	令和　年　月　日	令和　年　月　日
	発効日	有効期限
	令和　年　月　日	令和　年　月　日

担当	G　L	事務長	常務理事