

住友理工健康保険組合 殿

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 |
|      |     |    |

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ます。  
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

健康保険限度額適用認定申請書

|                               |                              |                                               |    |   |   |   |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|----|---|---|---|
|                               |                              | 提出日                                           | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者証の記号・番号                   |                              | 記号                                            | 番号 |   |   |   |
| 被保険者                          | 氏 名                          |                                               |    |   |   |   |
|                               | 生年月日                         | 昭和・平成・令和 年 月 日                                |    |   |   |   |
|                               | 日中の連絡先                       | 職場連絡先(内線) ( - - )<br>携帯 又は 自宅 ( - - )         |    |   |   |   |
| 適用対象者                         | 氏 名                          |                                               |    |   |   |   |
|                               | 生年月日                         | 昭和・平成・令和 年 月 日                                |    |   |   |   |
|                               | 被保険者との続柄                     |                                               |    |   |   |   |
| 限度額適用認定証を必要とする期間(最長1年)        |                              | 令和 年 月 ~ 令和 年 月                               |    |   |   |   |
| 限度額適用認定証の送付先<br>(希望するものにチェック) | <input type="checkbox"/> 自宅  | 〒                                             |    |   |   |   |
|                               | <input type="checkbox"/> 職場  | ※会社名及び部署名をご記入ください                             |    |   |   |   |
|                               | <input type="checkbox"/> その他 | 健保組合窓口にて受取<br>※申請日の翌々日以降の8:30~17:00の間にお越しください |    |   |   |   |
| 備 考                           |                              |                                               |    |   |   |   |

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。

【注意事項】

- 1. 第三者行為(交通事故・けんか等)の場合は、事前に健保組合へご連絡ください。
- 2. 傷病の原因が通勤途中又は業務中の場合は申請できません。
- 3. 認定証の適用開始は、本申請書を健保組合が受付した月の一日となります。
- 4. 有効期限に達したとき、資格を喪失されたとき、必要がなくなったときは、速やかに健保組合までご返却ください。

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

健保受付年月日

|  |
|--|
|  |
|--|