健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者（申請者）記入用　限

マイナ保険証で受診すると、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。健保組合への手続きも必要ございません。

被保険者情報			
記号・番号	記号　　番号	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
氏　名	フリガナ	電話番号	
住　所	（〒　　ー　　）		

認定対象者欄			
※対象者が被保険者本人の場合は、氏名と生年月日の記入を省略できます。			
療養を受ける方の氏名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
療養予定期間	令和　年　月　～　令和　年　月		無記入の場合、健保組合が受付した月の1日から1年間を有効期限とします。

希望送付先	
被保険者情報に記入した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。	
住　所	（〒　　ー　　）
宛　名	
電話番号	

申請代行者欄			
この欄は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。			
氏名・印	㊞	被保険者との関係	
電話番号		申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で申請が難しいため □ その他（　　）

※認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または希望送付先の住所となりますのでご注意ください。

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。　令和　　年　　月　　日

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合