

健康保険限度額適用認定交付申請書

※申請する前にお読みください。

マイナ保険証を医療機関窓口で提示するだけで限度額認定が無くても限度額までの支払いで済みますので、
もしマイナ保険証をお持ちでしたら、この申請は行わず、マイナ保険証をご利用ください。

被保険者の署名、捺印欄														
カヤバ健康保険組合 理事長殿 下記のとおり申請いたします。														
申請日：令和 年 月 日														
住所	(〒 -)										電話番号 - -			
氏名	署名または記名 押印 ㊞										生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
被保険者等 記号・番号	記号	-	番号			記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい								
		-							-					
適用対象者 (被保険者の場合 は記入不要)	氏名									生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	続柄									性別	男 ・ 女			
入院日（入院予定 日）又は外来受診日 令和 年 月 日														

送付先 1～3より、ひとつ選んで○をしてください（「1.社内便」での送付が原則となります）															
1.社内便	事業所名称（会社名）														
	職場名														
2.上記住所（社内便で受け取れない場合に限ります）															
3.下記住所（社内便で受け取れない場合に限ります）															
(〒 -)										宛 名			電話 番号	- -	

【提出経路】

一般被保険者：被保険者→事業所担当者→カヤバ健康保険組合
任意継続被保険者：被保険者→カヤバ健康保険組合

【健保記入欄】

交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア イ ウ エ

常務理事	事務長	係

