

常務理事	事務長	次長	課長	主任	担当者

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

名糖健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請致します。

令和 年 月 日申請

被 保 険 者	記 号		番 号					被 保 険 者 (申請者) の 氏 名 生 年 月 日	名糖 太郎 昭和 平成 63年 1月 ●●日	
	1	2	3	4	5	6	7			8
現 住 所	〒103-0016 東京都中央区日本橋小網街99-9 メイトーアパート652									
所 属 事 業 所 名	株式会社 名糖〇〇本社 ■■営業所					標準報酬月額		260千円		
対 象 者 氏 名	名糖 花子					生年 月 日	昭和 平成 令和 元年 5月 ▲▲日	続 柄	長女	
対象の方はお住まいの自治体等の医療費助成を受けていますか								はい・いいえ		
傷病の原因は第三者の行為（交通事故・傷害等）によるものでしょうか								はい・いいえ		
療 養 を する (した) 保 険 医 療 機 関	名 称		名糖◆◆総合病院							
	所 在 地		東京都中央区日本橋大網町99							
療 養 見 込 期 間 (受付月の初日より前に 遡って申請はできません)	令和7年 6月 1日より概ね 30日間									
認 定 証 送 付 先 住 所 (現住所と同じ場合は 記入しないでください)	〒×××-×××× 東京都中央区日本橋大網町99 名糖◆◆総合病院								宛名 医事課◆◆様 宛	

「はい」の場合は、
助成の証書のコピーを
添付してください。

内容確認後、第三者
行為届の提出をお
願いする場合はあ
ります。

申請代行者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。「その他」にチェックする場合カッコ内は必須です。 事業所の担当者の方が代理申請する場合、氏名欄は「事業所名」+「フルネーム」を記入してください。			
	氏 名	株式会社●● 健保次郎	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電 話 番 号 日中の連絡先	TEL●● (●●●●) ●●●●	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input checked="" type="checkbox"/> その他 (本人より依頼を受けたため)

申 請 先	<p>！住所と送付先が違う場合は宛名も必ずご記入ください！</p> <p>入院している病室等に送付する場合は、送付先を医療機関宛としてよいか、 ご確認をお取りいただいたうえで、『科・棟・号室』まで詳しくご記入ください。</p> <p>医事課等に送付する場合は、受け取る医療機関のご担当者様のお名前をご記入ください。</p>
-------	--

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度の限度額を超える
支払いが免除になります。限度額適用認定証の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。