

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定証交付申請書

マイナンバーカード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。

被保険者の現況	被保険者等 記号番号	記号		コーホレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		番号								
	被保険者 氏名	フリガナ (自 署)								
	被保険者 住所	〒 電話 ()								
	事業所名									
	部署名	電話 ()								
適用対象者の現況	適用対象者 氏名	フリガナ	被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	適用対象者 住所	〒 電話 () (※被保険者住所と同じであれば「同上」とご記入ください)								
	入院・外来	☐ 入院医療費 ☐ 外来医療費 (調剤含む)								
	入院・外来 予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。		怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか ⇒ はい ・ いいえ								
限度額適用証 送付希望先	☐ 被保険者住所 ☐ 適用対象者住所 ☐ その他〔 実家 ・ 病院 〕※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒									

※被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合のみ記入

申請代行者	申請代行者 氏名	フリガナ	被保険者との関係 ()
	申請代行者 住所	〒	電話 ()
申請代行の 理由			

注意事項
※自己負担限度額での窓口支払いを行うには事前に健康保険組合に申請し医療費を窓口で支払う前に提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の1日と定められております。
※有効期限は受付を行った日の属する1日～3ヶ月間の発行となります。
※使用後は速やかに健保迄返却ください。
※申請書は直接、当健康保険組合宛に送付してください。

【提出先】
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛

健保記入欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	
	発行年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日

シミックグループ健康保険組合

令和 年 月 日提出
受付日付印