

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | |
|--|-----|---|-----|-----------|
| 被 保 険 者 証 | 記 号 | | 番 号 | |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | | |
| 適 用 対 象 者 | | | | |
| | 氏 名 | | | |
| 想 定 さ れ る 期 間 | | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | |
| 証 送 付 先 | | 〒 ー 電話番号：() ー 日中連絡先／携帯番号：() ー | | |
| 備 考 欄 *代理申請となる場合、代理人ご氏名・ ご連絡先等記入願います。 | | | | |
| 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。 令和 年 月 日 田辺ファーマ健康保険組合理事長殿 | | | | 健康保険組合受付欄 |

2025.11.01

- 証有効期間は、申請書を受け付けた日の属する月の1日から、最長半年間となります。
 - *長期休暇や入院予定等に状況に応じて、有効期間の開始日を申請日以降とすることは可能です。
 - *有効期間を経過して、引き続き、証が必要な場合は、再度申請をお願いします。
 - *有効期間中に、適用区分変更となる場合は、当組合で対応しますので、本申請は不要です。
- 当健保が適用情報を確認の上、住民税非課税証明書の提出をお願いすることがあります。
- 「マイナ受付」ができる医療機関等では、マイナンバーカード又は健康保険証を提示し、本人同意の手続きをすることで、当該証の申請・提示が不要となります。