

## 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	〒 電話番号：( ) — 日中連絡先／携帯番号：( ) —			
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。