至　事業所健保窓口経由　三井住友トラストグループ健康保険組合

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。**限度額適用認定証の事前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。**

■ 記入に際しては別紙記入例をよくご確認ください。

■ 本申請書は、必要期間の初日が属する月の2ヶ月前から受付可能です。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者情報				
被保険者等記号・番号	記　号	番　号		記入日 令和　△△年△△月△△日
	○○	○○○○○○		
氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	(昭和)・平成・令和　△△年△△月△△日
住　所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 ○○○ － ○○○○ □□□□□□□□□□□□□□□ TEL　○○　（ ○○○○ ）○○○○			

適用対象者				
療養を受ける方についてご記入ください。**対象者が被保険者の場合は記入不要です。**				
氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　ハナコ 健保　花子	続柄 妻	生年月日	(昭和)・平成・令和　△△年△△月△△日

認定証必要期間	
必ずご記入ください。必要期間の初日が属する月の1日から最長6ヶ月まで発行可能です。	
令和 △△年 △△月 △△日　～　令和 △△年 △△月 △△日	

提示する医療機関名等	□□□□□□□□病院、□□□薬局等　※申請代行で不明の場合、記入不要

マイナ保険証利用登録	済　・　(未済) ※申請代行で不明の場合、記入不要	登録がまだの方はお手続きをお願いします。登録済の方はマイナ保険証をご利用ください。（保険証新規発行は R6.12.2 に廃止されました。）

送付先				
限度額適用認定証の送付先は、任意継続被保険者を除き、原則「事業所健保窓口経由→所属部署宛」となります。 真に至急を要する場合は、健保組合から直送する先として、次の送付希望先（どちらか一方）をご記入ください。				
送付希望先（どちらかに○）	住所宛	住　所	会社に届出の本人住所宛に限ります（病院宛送付、直接手交等は不可）。 〒　　－	
	会社宛	ビル名 社　名 部署名 宛　名	TB の託送便取扱可能先に限ります。託送便送付ルールに従って宛先をご記入ください。 （　　）ビル 社名： 所属：　　部・支店	様宛

申請代行者欄			
被保険者以外の方が申請する場合のみご記入ください。			
氏　名		被保険者との関係	□総務（人事）担当者 □家族（　　）□その他（　　）
電話番号 (日中の連絡先)	TEL （　　）	申請代行の理由	□被保険者が入院中であるため □その他（　　）

添付書類	**被保険者本人**が市区町村民税非課税の場合は、非課税証明書を添付してください。

（健保使用欄）

常務理事	事務長	担当者

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
発効年月日	年　月　日
有効期限	年　月　日

受付日	処理日