

提出先	健保組合
添付書類等	■特になし

		受付担当

(健保組合使用欄)

発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
適用区分				

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

健康保険限度額適用認定申請書

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

申請 被 保 険 者	被保険者等 記号・番号				被保険者氏名			
	5	9	-		(フリガナ)			
	住 所	〒	-		Tel: - -			

認定証 交 付 対 象 者	氏 名		性別	続柄	生年月日		
	(フリガナ)		男		昭和	年	月 日
			女		平成	年	月 日
			令和				
	住 所	〒	-	(被保険者住所と異なる場合のみ記入)		Tel: - -	
	入院療養等の見込期間 (認定証が必要な期間)		令和 年 月 ~ 令和 年 月				
医療機関名							
認定証の送付先		<p>※認定証は被保険者の住所または勤務先への送付となります。</p> <p>※事情により交付対象者住所・病院等への送付を希望する場合は下記へご記入ください。</p> <p>【送付先住所】 〒 -</p> <p>_____</p> <p>【あて名】 _____</p>					

※大切なお知らせ※

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きがなく、高額療養費制度における支払が免除されます。
限度額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。

受付日付印