

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) ケンポ タロウ
		健保 太郎
住所	〒 ○○○ - △△△△ Tel: ○○○ - ○○○ - ○○○○ 福岡県福岡市博多区博多駅前○丁目○番○号	

認定証交付対象者	氏名	性別	続柄	生年月日	
	(フリガナ) ケンポ タロウ	男	本人	昭和	
	健保 太郎	女		平成 60年 12月 30日	
	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	○○△△病院			
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