送付先
〒108-0014
東京都港区芝4-6-6
長谷工健康保険組合

社内便または、郵送にてご提出ください。

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

※注意事項をご確認のうえ申請してください。
該当する方にチェックしてください。

- 病気（出産含む）による申請
- けが（骨折、打撲など）による申請 → 「負傷原因届」の提出もお願いします。
- ※交通事故や第三者による負傷、業務中・通勤中の負傷の場合は、予め健康保険組合にお申出ください。

【お知らせ】「マイナ保険証」をご利用いただければ、「限度額適用認定証がなくても高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されますので、申請は不要です。

1. 申請者情報

被保険者等の		被保険者氏名（自署）	生年月日
記号	番号		
			昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者の住所	〒 TEL		
勤務先の	名称	所属名	
	所在地	〒 TEL	

2. 認定対象者

氏名	生年月日	被保険者との続柄
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人・妻・長男・母など
使用期間	※治療開始予定年月をご記入ください。 令和 年 月 ~ ※8月までの発行分については、その年の8月末日までとなります。 9月以降の発行分については、翌年の8月末日までとなります。	

3. 限度額適用認定証の送付先

右欄①②③のいずれかを○で囲んでください	① 勤務先	② 自宅	③ その他
	③を選択の場合の送付先		

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

受付年月日

健保記入欄

改定時期	標準報酬月額	区分
1		ア・イ・ウ・エ
2		ア・イ・ウ・エ