健保記入欄	標準報酬月額	千円				
	適用区分	ア イ ウ エ	常務理事	事務長		担当
	発効年月日	令和 年 月 日				
	有効期限	令和 年 月 日				

健康保険限度額適用認定証交付申請書

※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。

※自己負担限度額での窓口支払を行うには、事前に健康保険組合に申請し、医療費を窓口で支払う前に認定証を提示する必要があります。

※認定証の発効年月日は申請のあった日(健保受付日)の属する月の初日と定められています。お急ぎの場合は健保までご相談ください。

被保険者の現況	被保険者等の記号番号	記号	100	番号	○○○○○	生年月日	[✓ 昭和] 平成	年 5 3 月 0 6 日 0 7	
	社員番号	○○○○○							
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎							
	所属会社名	株式会社○○○							
	部署名	○○部 ○○課				電話: 03 （ ○○○○ ） ○○○○			
	被保険者住所	〒 151 ― 0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷○－○－○ 電話: 03 （ ○○○○ ） ○○○○							
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎		被保険者との続柄	長男	生年月日	昭和 [✓ 平成] 令和	年 1 0 月 0 1 日 0 1	
	適用対象者住所	〒 ― 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください 電話: （ ）							
	用途	☑ 入院医療費　□ 外来医療費（調剤含む）							
	入院・外来予定期間	令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ～ 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日							
限度額認定証送付希望先		お急ぎの場合 → 令和 年 月 日頃までの受取希望 ※運送状況等によりご希望に添えない場合があります。							
		☑ 被保険者住所　□ 適用対象者住所 □ その他〔 実家 ・ 病院 〕 ※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒 ― 「その他」の場合は、希望の送付先住所を記入してください							

今回の申請が「怪我による治療を受ける為」の場合はご記入ください。	怪我は第三者の行為(交通事故等)によるものですか？ ⇒ はい ・ いいえ

備考	個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

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 日提出

アクセンチュア健康保険組合

受付日付印

社会保険労務士の提出代行

20241202版