

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、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になりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。なお、マイナンバーカードの保険証登録がお済みでない方も、医療機関や調剤薬局に設置のカードリーダーで利用登録が簡単にできます。

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇	生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	フリガナ	ニッピ タロウ	氏名	日飛 太郎
	住所	〒 123 - 4567 横浜市〇〇市〇〇町〇〇番地	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> 横浜地区 <input type="checkbox"/> 厚木地区 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

※ 被保険者の場合は記入の必要はありません。

認 定 対 象 者	フリガナ	ニッピ ハナコ	氏名	日飛 花子	生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	住所	〒 -	(被保険者と異なる 場合のみ記入)			

療 養 期 間	入院	令和 〇〇 年 〇〇 月 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月
	通院 (調剤)	令和 〇〇 年 〇〇 月 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月

※ 被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。

申 請 代 行 者	フリガナ	氏名	被保険者 との関係
	電話番号	申請代行 の理由	

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

申請日を記入

被保険者の個人番号記載欄
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健康保険組合使用欄

*有効期限 令和 年 月末迄 (箇月 ・ 年)

常務理事	事務長	係員

受付日時印

記入しないで
ください