

健 保 記 入 欄	標 準 報 酬 月 額	千円					
	適 用 区 分			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		番号		生年月日	昭和 平成		年		月		日
	社員番号												
	被保険者 氏名	フリガナ											
	所属会社名												
	部署名	電話: ()											
	被保険者 住所	〒 - 電話: ()											
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成 令和		年		月		日
	適用対象者 住所	〒 - (※被保険者住所と同じであれば同上と記入) 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。 〒 -											

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。

FWD生命保険健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行