

常務理事	部長	部長	課長代理	主任	担当者	法定区分決定決議				
						標準報酬月額	ア	イ	ウ	エ
						千円		I	II	
発効日	令和	年	月	日	有効期限	令和	年	月	日	
取得日	昭・平・令	年	月	日	送付先(自宅・その他)	窓口交付				

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者	記号		番号							
	氏名				生年月日	昭・平	年	月	日	年齢
適用対象者 <small>被保険者の場合は記入不要</small>	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢
認定証が必要となる 開始(予定)年月	令和	年	月	認定証が必要となる傷病は、骨折やケガ等の外傷ですか ※はいの場合は下欄に負傷原因を記入してください。				はい いいえ		
負傷原因	負傷年月日・負傷場所・負傷理由を詳しく記入してください。 ※負傷原因が交通事故や第三者行為による場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。									
	負傷年月日		令和	年	月	日	午前・午後		時頃	
	負傷した場所									
	負傷理由									
認定証送付先 いずれかを 選んでください。	1 被保険者の住所へ郵送 2 その他へ郵送（下記に郵送先の住所、宛名をご記入ください。） 〒 - 住所 宛名									
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 大阪織物商健康保険組合理事長 様 〒 - 被保険者 住所 氏名 日中の連絡先電話番号 () -										

- ※ この申請書により交付する認定証は医療機関窓口での支払いを高額療養費の支給基準(自己負担限度額)までにするためのものです。よって高額療養費に該当する見込みのある70歳未満または70歳以上現役並み I・IIの方が対象となります。
- ※ 交付された『限度額認定証』は高額な医療費がかからなくなった・有効期限が過ぎた・資格喪失したときは必ず健康保険組合まで返却してください。
- ※ 被保険者の方が住民税非課税者である場合は、申請用紙が異なりますので健康保険組合までご連絡ください。 受付印
- ※ 被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は下記の備考欄へマイナンバーを記入してください。
(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認するための書類の添付が必要です。)

備考

R3.5

大阪織物商健康保険組合 業務課 〒541-0048大阪市中央区瓦町2-6-9 TEL 06-6203-4081

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。