

健康保険

限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	健保組合 担当

黒ボールペンで記入してください。(消えるペン・鉛筆 不可)

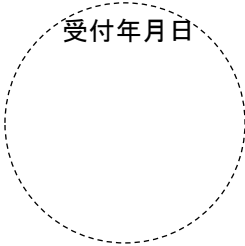
被 保 険 者	記号－番号	－	申請日	令和	年	月	日
	氏名		生年 月日	昭・平	年	月	日
	住所	〒	－	連絡先電話	－	－	

認定証 が必要 な方	○を 付けて 下さい		被保険者本人					
		家族 氏名		生年 月日	昭・平・令	年	月	日

送 付 希 望 先	○を 付けて 下さい		所属先()店・センター 店番()	/
			上記の被保険者住所 ＜療養の為休んでいる または 入院中などにより、所属先で受け取れない方に限ります＞	/

被保険者以外の方が 申請する場合のみ 記入してください。	申請代 行者	氏名		被保険者 との関係	
		連絡先 電話	－	申請代行 の理由	

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。



【更新の方】

前月 20 日以降にお持ちの「限度額適用認定証」を添付のうえ再申請してください。

【注意事項】

申請書を受付した月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕をもって提出ください。

【この申請書の提出先】

〔社内メール便〕 近畿圏→健康保険組合 首都圏→人事部給与厚生課

〔郵送〕 ライフコーポレーション健康保険組合 〒532-0004 大阪市淀川区西宮原 2-2-22 TEL06-6150-6220

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。