

常務理事	事務長	係

年 月 日

ミドリ安全健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		-			
被保険者	氏名	⑩		名称	
	生年月日	年 月 日	事業所	所在地	
適用対象者	氏名	被保険者との続柄			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所		〒 TEL			
送付希望先(○印) 自宅 ・ 職場		自宅・職場以外の送付を希望される場合 〒 TEL			

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。

受付年月日

健康保険限度額適用認定証の申請をするとき

- 1.健康保険限度額適用認定申請書に必要事項を記入・捺印のうえ健保組合宛に送付してください。事業主の証明は不要です。(FAX・メール不可)

〒143-0025

東京都大田区南馬込2-29-1 3F

ミドリ安全健康保険組合 宛

- 2.健保組合は申請書を確認後『健康保険限度額適用認定証』を発行して被保険者宛に送付します。
- 3.申請書の送付希望先の自宅・職場に○印をつけてください。
職場の場合は、総務便になります。医療機関に送付希望の場合は、必ず医療機関の許可をとって、部屋番号を記入してください。
- 4.健康保険被保険者証とともに医療機関の窓口へ提示してください。

5.注意事項

- (1)『健康保険限度額適用認定証』の発効年月日は、健保組合に申請証が受付された日の属する月の初日となります。前月以前への遡及は出来ませんので月末に申請される方はご注意ください。(申請のあった月に資格取得した適用対象者は、その資格取得日からとなります。)

手続きが遅れて適用されない月が発生した場合には、通常どおりの自己負担をしていただき、高額療養費に該当している方には後日、健保組合より高額療養費支給申請書をお渡しします。

- (2) 資格喪失した場合には、健康保険被保険者証と一緒に速やかに返却してください。