常務理事	事務長		担当者
月　日	月　日		月　日

受付印

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号	記　号	番　号

被保険者	氏　名		事業所	名　称	
	生年月日	年　月　日		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	〒				
適用対象年月	年　月分から適用される認定証が必要です。				
認定証の送付先希望	□自宅　□事業所 □その他（〒　）				

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。

※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、申請書の余白へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。）

※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申請は不要となりますので、是非ご利用ください。

誓　約　書

このたび、健康保険限度額適用認定証の適用対象者＿＿＿＿＿＿＿＿が、交付を受けた後、被保険者(被扶養者)資格を喪失した、被保険者の所得の変動等に伴い適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった、又は限度額適用認定証の有効期限が過ぎた場合には、すみやかに貴組合に限度額適用認定証を返納することを誓約いたします。

年　月　日

西日本プラスチック工業健康保険組合理事長　殿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2021.07 改