※申請する前にお読みください。
マイナ保険証（マイナンバーカードに保険証を紐づけしたもの）を医療機関窓口で提示するだけで限度額認定が無くても限度額までの支払いで済みますので、もしマイナ保険証をお持ちでしたら、そちらをご利用下さい。

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定交付申請書

記号－番号		―	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
被保険者	氏　名		電話番号	－　　－
	住　所	〒　　－	都道府県　　市区郡	
適用対象者（被保険者の場合は記入不要）	氏　名		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	被保険者との続柄		性　別	男　・　女
入院日（入院予定日）又は外来受診日		令和　　年　　月　　日		

送付先	1. 社内便	（事業所名称）　　（職場名）	
	※原則社内便で送付します。社内便で受け取れない場合のみ下記を選択ください		
	2. 上記住所に送付		
	3. その他	〒　　－	都道府県　　市区郡
		（宛名）　　電話　　－　　－	

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。

令和　　年　　月　　日

カヤバ健康保険組合理事長　殿

付　年　月
受　　日

【提出経路】　被保険者→事業担当者→カヤバ健康保険組合
被保険者→カヤバ健康保険組合（任継者のみ）

※健保使用欄

交付年月日	令和　年　月　日
有効期限	令和　年　月　日
適用区分	ア　イ　ウ　エ

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）