

常務理事	事務長	給付担当

健康保険限度額適用認定申請書

マイナ保険証を利用すると、限度額適用認定証の申請が不要になります。ぜひマイナ保険証をご利用ください。

※この用紙にご記入の上、下記住所までご返送ください。

注) 適用期間は限度額適用認定証に記載されます。

被保険者等	記号		番号	
事業所の名称と所在地	名称		所在地	
被保険者の氏名			被保険者の生年月日	年 月 日
適用対象者の氏名			適用対象者の生年月日	年 月 日
療養(予定)期間		令和 年 月 日頃	～	令和 年 月 日頃

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。

【申請日】

令和 年 月 日

被保険者の 住所：〒

氏名： _____

◆ 問い合わせ・提出先
電通健康保険組合 現物給付担当
〒104-0061 東京都中央区銀座 7-4-17
電通銀座ビル1階
Tel: 03-6217-1001

健保記入欄

交付日：令和 年 月 日	発送日：令和 年 月 日	認定期間： 年 月 日～ 年 月 日
備考		適用区分