

送付先
〒141-0031
東京都品川区西五反田2-11-8 4F
学研健康保険組合
社内便または、郵送にてご提出ください。

常務理事	事務長	担当

[お知らせ]

「マイナ保険証」が利用可能な医療機関・薬局では、マイナンバーカード又は健康保険証のみを提示し、ご本人の情報提供に同意することで、これまで必要であった「限度額適用認定証」等を提示する必要がなくなります。

健康保険限度額適用認定申請書

1. 申請者情報

被保険者証の		被保険者氏名（自署）	生 年 月 日
記 号	番 号		
			年 月 日
被保険者の住所	〒 _____ 電話番号 _____		
勤務先の	名 称		
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____	

2. 認定証交付対象者

氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄
	年 月 日	本人・妻・長男・母など
使用期間	※療養開始予定年月日をご記入ください。 令和 年 月 日 ~ 1年間 発行年月日は「申請のあった日の属する月の初日」と定められています。	

3. 限度額適用認定証の送付先

右欄①②③の いずれかを○ で囲んでくだ さい	①勤務先	②自宅	③その他(下記にご記入ください)
	〒 _____ 電話番号 _____		

上記の通り「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

受付年月日