様式«１００»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

健康保険限度額適用認定申請書

UACJ健康保険組合　御中

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号（被保険者手帳記号番号） | 　― |  |
| 被保険者 | 氏　　名 |  | 所属 | 地区名 |  |
| 生年月日 | S・H　　年　　月　　日 | 所属名 |  |
| 適用対象者 | 氏　　名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 生年月日 | S・H・R　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男・女 |
| 被保険者（適用対象者）の住所 |  |

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。

マイナ保険証を利用する場合、限度額適用認定証は不要となります（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）。

ぜひマイナ保険証をご利用ください。※本申請書は不要です。

* 以下の場合は、限度額適用認定証を健康保険組合へご返却ください。

・有効期限が切れたとき

・有効期限内でも必要なくなったとき

* 有効期限を過ぎても引き続き使用する場合は、限度額適用認定証を返却のうえ、更新をお申し出ください（更新時、申請書のご提出は不要です）。

受付年月日

2024.02