

# 健康保険限度額適用認定申請書

小島健康保険組合 理事長殿

記入日: 令和 年 月 日

保険証の 記号番号	—	連絡先	TEL
適用対象者			
生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
認定証送付先 ・下記のいずれかにチェックを入れてご記入ください。(※窓口での受け取りも可能です。)			
<input type="checkbox"/> 職場部署名			<input type="checkbox"/> 健保窓口
<input type="checkbox"/> 自宅等郵送先	〒 —		

## 【注意事項】

- ・傷病の原因が、交通事故・けんか等の場合は、事前にご連絡下さい。
- ・受付日より1週間程度で認定証を送付します。
- ・認定証の有効期間は、受付月の1日から1年間となります。
- ・限度額適用認定証は、保険証と一緒に提示いただくと、自己負担される健康保険適用内の医療費が自己負担限度額までになります。

◇送付先及びお問い合わせ◇  
小島健康保険組合 担当：石沢  
〒471-0876 愛知県豊田市金谷町7丁目20番地  
TEL (0565)-32-8681 内線IP 9-10-102  
FAX (0565)-36-6156 e-mail: ohgushi\*kojima-tns.co.jp  
(メールの際には、「\*」を「@」に変更してください)

[用紙の流れ] 被保険者(代理も可)⇒小島健保

【備考】被保険者マイナンバー記載欄  
※保険証の記号番号を記入した場合、**記入不要**です。この欄を記入された場合、各社総務へご提出ください。

健保受付印

<健保事務処理記入欄> ※以下は記入不要です。

標準報酬月額	千円			
適用区分	ア	イ	ウ	エ