

常務理事	部(次)長	課 長	課長代理	係 長	係	法定区分決定決議	
						標準報酬月額	(千円)
						ア・イ・ウ・エ・I・II	
起 案 令和 年 月 日							

マイナ保険証で受診すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります！

マイナ保険証の利用促進にご協力ください。

※詳しいご案内は右の二次元コードからご覧いただけます。



健康保険限度額適用認定証交付申請書・区分変更届

被保険者情報	記 号	番 号
	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。	
	事業所名	任意継続被保険者(予定も含む)の方は「任意継続」と記入してください。
	(フリガナ) 氏 名	()
	生年月日	S・H 年 月 日
適用対象者 (被保険者以外の場合は必ずご記入ください。)	(フリガナ) 氏 名	()
	生年月日	S・H・R 年 月 日
交付希望期間 (療養予定期間) (※1)	(自)令和 年 月から (至)令和 年 月まで	
	✓ 期間については開始月の初日から最長で1年間となります。	
下記の住所以外に送付希望 の場合のみご記入下さい。 (※2)	【送付先】 〒 - (住 所) (宛 名)	(続柄または関係性:)
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大阪薬業健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>被保険者(申請者)の</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">日中連絡可能な電話番号 (- -)</p>		
備考		

※1 両(自・至)期間とも必ず記入してください。(1ヶ月のみの交付期間の場合でも同じ月をそれぞれに記入してください。)

※2 入院中の病棟・病室や姓の違う実家、会社の担当者等へ送付希望の場合は宛名を正確にご記入下さい。

◆ 高齢受給者の現役並みで83万円以上の標準報酬月額の方及び一般の方は提出の必要はありません。(高齢受給者証を医療機関へご提示ください。)

◆ 制度の概要は当組合ホームページ内「医療費が高額になりそうなとき」をご確認ください。(右の二次元コード参照)

