

[Example]

ボッシュ健康保険組合

理事長 殿

Request for issuance of
Maximum Co-payment Certificate for Health Insurance

健康保険限度額適用認定証申請書

Health Insurance Card Symbol and Number		Insured Person's Name			
被保険者証記号・番号		1001・XXXXXX			
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所	名称	ボッシュ(株)
	生年月日	昭和 58 年 12 月 31 日	所在地	東松山工場	
適用対象者	氏名	健保 さくら	被保険者との続柄	Relationship	長女 the insured
	生年月日	令和 1 年 5 月 18 日	性別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所		〒355-0028	Zip Code	埼玉県東松山市箭弓町2-XX-XX	Applied person's address
日中連絡がつく電話番号		090-XXXX-XXXX	Telephone Number		
今回の申請の傷病		内科 ・ 外科 どちらかに○をつけてください。			

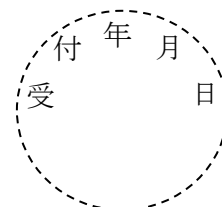
この届出については、①または②の要件を満たしたものである。(□にチェックをお願いします☑)

- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

- ※ 安全性を考慮し、交付にはお時間をいただいておりますのでご了承ください。
- ※ 限度額適用認定証を提示しなかった場合の高額療養費は、後日自動払いにより給付されます。
- ※ マイナ保険証(※※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。(※※)電子資格確認に利用される個人番号カードを言います

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。

令和 6 年 5 月 22 日



The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).