

【記入見本】

ボッシュ健康保険組合
理事長 殿

健康保険限度額適用認定証申請書

被保険者証記号・番号	1001・XXXXX				
被保険者	氏名	健保 太朗	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		長女
	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 埼玉県東松山市箭弓町2-XX-XX			
日中連絡がつく電話番号		090-XXXX-XXXX			
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☑)

- 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- 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

