

提出先	健保組合
添付書類等	■特になし

		受付担当

(健保組合使用欄)

発効年月日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
適用区分				

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 △△月 □□日

健康保険限度額適用認定申請書

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

申請 被 保 険 者	被保険者証 記号・番号						被保険者氏名			
	5 9 X X - X X X X X						(フリガナ) ケンポ タロウ			
							健保 太郎			
住 所	〒 △△△-□□□						TEL: ○○ - △△△△ - □□□□			
	福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号									

認定証 交 付 対 象 者	氏 名		性別	続柄	生年月日		
	(フリガナ) ケンポ タロウ		男		昭和		
	健保 太郎				平成 58年 7月 8日		
			女		令和		
	住 所	〒 (被保険者住所と異なる場合のみ記入)				TEL: - -	
	入院療養等の見込期間 (認定証が必要な期間)		令和 ○○年 △△月 ~ 令和 ○○年 △△月				
医療機関名		○△□病院					
認定証の送付先		※認定証は被保険者の住所または勤務先への送付となります。 ※事情により交付対象者住所・病院等への送付を希望する場合は下記へご記入ください。 【送付先住所】 〒 - _____ 【あて名】 _____					

大切なお知らせ
マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きがなく、高額療養費制度における支払が免除されます。
限度額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。

受付日付印

提出先	健保組合
添付書類等	■紛失の場合 なし ■き損（破損）の場合 認定証

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

健康保険限度額適用認定証 紛失・き損 届

被 保 険 者	記号・番号		氏 名	
	5 9 X X - X X X X X		(フリガナ) ケンポ タロウ	
			健保 太郎	
	住所	所属部署		
	〒 △△△-□□□ 福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□号		営業部	

紛 失 ま た は き 損 の 状 況	適用対象者	氏 名 (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	性別 男 女	続柄 妻	生年月日 昭和 平成 60 年 12 月 5 日 令和
	理由 (該当に○)	紛失 (○) ・ き損 (破損)			
	滅失した年月日と場所 (わかる範囲で)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	場所	地下鉄福岡空港駅	
	紛失・き損 (破損) した状況	※できるだけ詳しくご記入ください。 電車内に認定証の入ったかばんを置き忘れ、 かばんごと紛失してしまった。			
	再交付について	希望する (○) ・ 希望しない			

上記のとおり限度額適用認定証を紛失、またはき損いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。
なお、紛失した認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

健保 太郎

受付印日付