

J. フロント健康保険組合 理事長殿

常務理事	事務長	主事	係員

健康保険限度額適用認定申請書

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

下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

* 本人自署の場合は押印を省略可
* 続柄は、本人・妻・長男・二男・長女…と記入

被保険者等記号・番号		—		事業所	名 称 ※	
被保険者	氏 名				所属部署	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日		連絡先TEL	
	住民票住所	〒				
	電話番号					
適用 対象者	☐	←対象者が「本人」の場合、ここにチェック。被扶養者は下の欄に記入して下さい。				
	被扶養者 氏名				被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成 ・令和	年 月 日	☐	←継続申請の場合、ここにチェック	
	療養の開始日 (予定日) *1	令和 年 月 日	*1 開始月の初日から6ヶ月間有効のものを発行いたします。			
	現住所	☐ 被保険者 住 民票と同じ	異なる場合→ 〒			

マイナ保険証を利用すると、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いが免除
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下さい。

事業主(代理人)の証明 (住所・氏名)
上記内容及び添付書類のとおり相違ないことを証明します。

* 健保使用欄

資格取得日	年 月 日
標準報酬月額	千円

※ 事業所名称
「事業所名称」とは、あなたが勤務している会社
の名称です。(出向者は出向元の会社名)