常務理事	事務長	担当者	交付年月日	年　月　日
			資格照合	取得　年　月　日 喪失　年　月　日

発効年月日	有効期限	適用区分
年　月　日	年　月　日	ア・イ・ウ・エ

日鉄物産健康保険組合理事長　殿

健康保険　限度額適用認定証交付申請書

年　月　日

被保険者の記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名		男・女
事業所の名称			被保険者生年月日	昭和・平成　年　月　日	
被保険者住所	〒　－　　電話（　　）　－				

適用対象者の氏名等	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日	被保険者との続柄	
適用対象者の住所	〒　－　　電話（　　）　－					
申請の事由	1．新規　　2．適用区分変更　　3．有効期限経過による延長					
療養の期間（見込み）	年　月　日　～　年　月　日　入院・外来					

受付印

（注）1．この申請書は、適用対象者ごとに提出してください。

2．限度額適用認定証の交付を受けたあとで、標準報酬月額の変更により適用区分の変更がある場合、認定証の有効期限に達した場合は、再度申請を行う必要があります。

※マイナ保険証を利用すれば、簡単な利用選択を行うだけで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。
従来の限度額適用認定証は不要となり、発行申請する必要もなく大変便利ですので、マイナ保険証を是非ご利用下さい。