【記入例】

健康保

— 送付先 —
〒103−0027
東京都中央区日本橋2−1−14　日本橋加藤ビルディング7階
通信機器産業健康保険組合　給付課　宛
送付先までご郵送ください。

※お持ちの資格確認書（保険証）の保険者名称をご確認の上、ご申請ください。

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ください。

◎ご記入に際しては留意事項をよくご確認ください。

被保険者等記号・番号		１２２　—　○○○	事業所	名　称	（株）○○通信
被保険者	氏　　名	健保　太郎			
	生年月日	昭和・平成　５０年○月○日		所在地	東京都中央区○○１−○
	電話番号 住　　所	〒　１０３−○○○○　　日中の連絡先　０８０（××××）×××× 東京都中央区○○１−２　△△マンション１０１			
適用対象者 （被保険者の場合は、記入の必要はありません）	氏　　名	健保　花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和・平成・令和　４８年　△　月　△　日			
認定証送付先 （被保険者住所と同じ場合は、記入の必要はありません）	氏　　名	健保　花子	被保険者との続柄	妻	
	電話番号 住　　所	〒　２２７−○○○○　　日中の連絡先　０８０（××××）×××× 神奈川県横浜市○○１−１　△△様方			

申請代行者	氏　　名	（株）○○通信　△△	被保険者との関係	事務担当者
	電話番号	０３（××××）××××		
申請代行の理由	被保険者が入院中のため			

（注）申請代行は、被保険者が当該申請書の作成（申請）ができない場合に限ります。

受付年月日

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。

マイナ保険証をご使用の方は提出不要です

令和　○年　○月　○日

通信機器産業健康保険組合　様