

継 続

健保使用欄	課長	係長	係

現在、限度額適用認定証をお持ちの方で、有効期限切れ後も引き続き必要な方の申請書です。
限度額適用認定証をお持ちでない方は、「新規発行用」の申請書にてご申請ください。

健康保険限度額適用認定申請書

申請日 令和 年 月 日 下記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	<small>記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入</small>	生年月日	昭 和 平 成	年	月	日
	被保険者氏名						
	住 所	〒 ー					
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	☎	()				
適 用 対 象 者	氏 名 (本人の場合は省略可)				続 柄		
	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日		
	療養(入院) 開始予定月	令和7年9月					

※上記の被保険者住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。

送 付 希 望 先	住 所	〒 ー					
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	☎	()	(様方)			
	送付先宛名						

- 申請書は原則ご郵送のみの受付となります。
- 7月から8月中旬に受理した継続用の申請書については
8月22日(金)に一斉発送を予定しております。
- 被保険者が住民税非課税の方は、申請書が異なりますのでご注意ください。

受付年月日

申請書郵送先

〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-17-2

東京薬業健康保険組合 審査課医療係 宛

☎ 03-3581-1676

東京薬業健康保険組合