※ここには記入しないでください

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者の現況	被保険者証等の記号番号	記号	○○	生年月日	昭和		年		月		日		
		番号	○○○		平成	○	○	○	○	○	○		
	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　ハナコ										
			健保　花子										
	被保険者住所	〒　　－ 電話　（　　）	郵便番号・住所・電話番号を記入ください ※住所はマンション名、部屋番号まで記入ください ※認定証を送付する際に使用します										
適用対象者の現況（本人の場合は同上と記載下さい）	適用対象者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　ケンタロウ	被保険者との続柄	実父	生年月日	昭和		年		月		日
			健保　健太郎				平成 令和	○	○	○	○	○	○
	適用対象者住所	〒　　－ 電話　（　　）	郵便番号・住所・電話番号を記入ください ※住所はマンション名、部屋番号まで記入ください										
○　年　○　月診療分より必要				備考欄	○○病院　医事課　○○様了承済み								

原則、申請書受付月より前
さかのぼって申請する場合
了承を得た上で交付させて
お名前を「備考欄」に記入し

※申請書受付月より前の月の認定証の交付を希望される場合は、医療機関にその旨を申し出ていただき、了承を得た上で交付させていただきますので、確認された医療機関の方のお名前を備考欄に記入してください。

上記以外で希望する発送先（希望がある場合のみ記入） ※入院先病院、会社等の指定がある場合は住所を記載下さい		
宛先（氏名）		
発送先住所	〒	
	電話番号	

受付日付印

【提出先】
〒550-0002
大阪府大阪市西区江戸堀一丁目６番１０号　肥後橋渡辺ビル６階
パルグループ健康保険組合宛

■注意事項
この申請書は、70歳未満の方が入院される（入院されている）場合及び高額な外来診療を受けられる（受けている）場合に申請してください。
※高額な外来診療とは、抗がん剤治療、放射線治療等、同一の医療機関等で1ヶ月の窓口の自己負担額が自己負担額限度額（当組合ホームページ参照）以上支払いされる（支払いされている）場合が対象となります。

この申請書についてのお問い合わせは、給付係まで（TEL06-6459-1685）