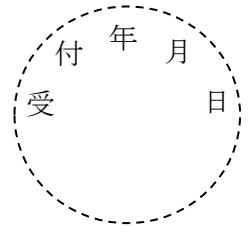


提出先:本人(被保険者)→健保組合



健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	適用担当

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。

被保険者証記号番号		—		従業員番号			
被 保 険 者	氏名				勤務事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	所在地	
適 用 対 象 者	氏名				続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者の住所		〒 電話番号					
認定証の送付先 (上記と違う場合)		〒 電話番号					
被保険者以外の連絡先		名前		続柄		連絡先	
利用する医療機関名							

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。

健 保 記 入 欄	交付日	: 令和	年	月	日					
	有効期間	: 令和	年	月	日	~	令和	年	月	日
	送付日	: 令和	年	月	日					
	回収日	: 令和	年	月	日					