

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 (被保険者手帳)	記号		番号					
被 保 険 者	氏名				印			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
事 業 所	名称							
	所在地							
適 用 対 象 者	氏名		被保険者 との続柄					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女	
被 保 険 者 (適 用 対 象 者) の 住 所								
当 該 認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名称							
	所在地							
	入院又は通院日 (予定日)		年	月	日			
	想定される入院期間		年	月	日	～	年	月

☆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。

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。

年 月 日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

