

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者等記号番号							
被保険者	氏 名			事業所	名 称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)住所		〒 一					
現在療養中の医療機関名							
入院療養等で認定証が必要な期間		令和 年 月 日 ~ 令和 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。

受付印

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。