

| | | |
|------|-----|-----|
| 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 | | 〒 ー | | | | |
| 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。