常務理事	事 務 長	係

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	年　　月　　日生
被保険者の住所		
事業所の名称		
適用対象者	氏　　名	年　　月　　日生

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。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養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。

申請日　　年　　月　　日

区 分

交付日　　年　　月　　日（　　）

	係	照　合
データ登録		

(注) 被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記欄に記載して下さい。

個人番号 (ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)					-					-				

（様式２０）　　（R6.12）