

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

(対象者：70 歳未満の被保険者・被扶養者)

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要です。
申請前にマイナ保険証のご利用をぜひご検討ください。
(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。)

被保険者証記号・番号		1 2 3 — 4 5 6 7			
所 属		大建工業株式会社			
		○×△ 部			
被保険者	氏名	大建 太郎		性別	男・女
	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ×× 月 △△ 日			
	住所	(〒 1 2 3 — 5 6 7 8) ○○市××町			
適用 対象者	氏名	大建 花子		性別	男・女
	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ×× 月 △△ 日		被保険者 との 続柄	妻

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

大建工業健康保険組合理事長 殿

被保険者 住 所 ○○市××町・・・

氏 名 大建 太郎 印