

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号－番号		－			
	被保険者の	氏 名				
		住 所	〒	－		
		電 話	(	)	－	
	認定対象者 (治療を受ける方)	氏 名				
		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	治療予定年月		令和 年 月 から			
	治療を受ける 医療機関等の	名 称				
		所在地				
	「限度額適用認定証」の送付先		【認定証送付先の決まり】 認定対象者が本人、又は任継者(本人、家族)の場合 ⇒ 記載の自宅住所へ送付 認定対象者が家族の場合 ⇒ 記載の勤務先へ送付 上記に当てはまらない場合は、下記記入欄に指定住所を記入ください			
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。 令和 年 月 日						

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。

健 保 記 入 欄	交 付 年 月 日	令和 年 月 日
	適 用 年 月 日	令和 年 月 日
	有 効 期 限	令和 年 月 日
	適 用 区 分	

受付印

