

限度額適用認定申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号（左づめ）	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
						<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 女
	フリガナ					連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				
氏名											
住所	〒										町名・番地
		都道府県		市区町村	アパート・マンション名						

認定対象者	療養を受ける方	氏名					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
							<input type="checkbox"/> 平成				
	療養予定期間（申請期間）	令和	年	月	～	令和	年	月	申請月の初日から最長で1年間となります。		

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。											
	住所	〒										町名・番地
			都道府県		市区町村	アパート・マンション名						
	宛名											

申請代行者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。										
	氏名					被保険者との関係					
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 []				

※限度額適用認定証の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
 ※申請書受付日より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。



※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申請は不要となりますので、医療機関にご確認ください。

使ってみよう！
マイナ保険証

組合受付印	事業所受付印