

健 保 決 裁 欄	常務理事	検	検	検	担当者

任継用

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、
マイナ保険証を是非ご利用ください。

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 者 が 記 入 す る 欄	健康保険 記号・番号	記号 9020	番号 12345	被保険者 氏名 三洋太郎
	療養を 受ける人	氏名 三洋花子	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 妻
		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 40 年 △ 月 △ 日		
	療養を受ける 期間	令和 2 年 4 月 1 日から 2 年 7 月 30 日まで (予定) ※発行期間については、開始月の1日から最長で1年間となります。		
	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 4 月 1 日 12 時 00 分頃 <input type="checkbox"/> 出勤日 ある <input checked="" type="checkbox"/> 出勤日 ない		
	傷病が負傷の場合 は、負傷の原因で該 当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入 れて下さい。負傷の 状況については、ど こで、何のために何 をしていてどうなっ たか、詳細を記入し て下さい。	負傷の原因 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 加害者あり <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他)		
		負傷の状況		
	公費・医療助成の有無等	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けられる (制度名)		
	上記の通り、健康保険 限度額適用認定証の交付を申請します。			
	令和 2 年 4 月 15 日 サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿 被保険者住所 大阪府守口市梅町△-△-△ 被保険者氏名 三洋太郎			