

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

交付決議書			
常務理事	事務長	担当者	担当者
資格取得	昭和 平成 令和	年	月 日

## 健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証記号番号		記号		番号		
被保険者	氏名					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
事業所名	標準報酬月額	千円				
	名称					
適用対象者	所在地					
	氏名			被保険者 との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	傷病名			性別	男・女	
発病(負傷) 年月日	平成 令和	年	月	日	診療の期間	ヶ月

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

トマト銀行健康保険組合理事長 殿

住所

氏名

㊞

受付日付印

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。

# 記入例

受付		年	月	日
決定		年	月	日
交 付 決 議 書				
常務理事	事務長	担当者	担当者	
資格取得		年	月	日

## 健康保険限度額適用認定書

記号・番号および標準報酬月額が不明の場合は空白にしてください

健康保険被保険者証記号番号		記号	番号	
被 保 険 者	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
事 業 所 名	名 称	株式会社トマト銀行		
	所 在 地	岡山市北区春町2丁目3番		
適 用 対 象 者	氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄	
	生 年 月 日			男 ・ 女
	傷 病 名	医師から示された病名を記入してください 不明の場合はできるだけ詳しく		
	発病(負傷) 年 月 日	年	月	日
		診療の期間		ヶ月

上記のとおり、不明の場合は、医師の診察を受けた日付でも可  
付を申請します。

令和 年 月 日

入院予定期間を記入して

トマト銀行健康保険組合理事長 殿

住所

氏 名

朱肉印を押印してください  
シャチハタ不可

⑩

受 付 日 付 印