

常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		-					
被保険者	氏名			事業所	名称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
適用対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所		〒					

令和 年 月 日 提出

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。

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。