

常務理事	事務長	事務次長	担当

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	⑩		
	生年月日	昭・平	年 月 日	
事業所名称 及び所在地	名称			
	所在地	〒 -		
認定対象者	氏名		続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別 男・女
認定証の必要期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
認定対象者の住所	〒 -			

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。

〔注意事項〕

① 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。

② 申請書を受け付けた月の1日より有効の認定証を発行します。(原則、前月に遡っての発行はできません。)

受付年月日

健保使用欄	
発効日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
標 報	(千円)
交付番号	