

健康保険限度額適用認定申請書

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。

被保険者証の記号番号		記号	番号			
被保険者	氏 名			事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		所在地	
認定証交付 対象者 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏 名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 ・ 女	
被保険者(認定証交付対象者)の住所			〒 —			
療養予定期間 記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。			令和 年 月 ~ 令和 年 月			

<被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入下さい。>

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
申請代行者の住所		〒 — TEL ()		
送付先の住所				
申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他 ()			

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 日提出

決 裁			
理事長	常務理事	事務長	担当者

処 理 結 果	
発 行 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月末
適 用 区 分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ

