

常務理事	事務長		係
------	-----	--	---

記入例

マイナ保険証を利用すれば、事前のお手続きなく、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。限度額適用認定申請書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

記号		6	番号	2564
事業所名称		〇〇〇株式会社		
被 保 険 者	氏名	保険 太郎		
	生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所	〒 541 — 0000 大阪府大阪市中央区...		
	電話番号	06	— 1111	— 2222
認定証の発送先		同 上		
対 象 者	生年月日	平成 令和	年	月 日
	被保険者との続柄			
	使用年月	令和	1	年 5 月
認定証送付先住所・名称 (被保険者住所と異なる場合のみ記載してください)				

保険証に記載の記号・番号
をご記入ください

認定証の発送先は自宅宛となりますが、自宅以外の発送を希望される場合は下記の「認定証送付先住所・名称」に記載下さい。

使用月の10日前に発送になり、使用月に提出された場合は即日発送となります。基本、使用年月から3カ月間有効のものをお送りします。

令和 1 年 5 月 10 日提出
限度額適用認定証の交付を申請します。
受付年月日

健保組合記入欄	区分	記入しないでください		年	月
				年	月