

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・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

記号	6	番号	2564
----	---	----	------

被保険者のマイナンバー(記号番号を記入した場合は不要です)

事業所名称 ○○○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。

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	6	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)

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。

申請書送付先
541-0041
大阪府大阪市中央区
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組

令和 6 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	令和 年 月		
		令和 年 月		

記入しないでください