

※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。

常務理事	事務長		係

健康保険限度額適用認定申請書

記 号		番 号	
事業所名称			
被 保 険 者 適 用 対 象 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
	住 所	〒 —	
	電 話 番 号	— —	
被 保 険 者 適 用 対 象 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	被保険者との続柄		
	使用年月	令和	年 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)		〒 —	

令和 年 月 日提出
上記の通り健康保険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		自	令 和	年	月
			至	令 和	年	月

住商連合健康保険組合