

※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	
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			
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)	〒 —		

申請書送付先

541-0041

大阪府大阪市中央区北浜4-7-28

住友ビル2号館6階

住商連合健康保険組合 あて

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