

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決		裁	
常務理事	事務長	所属長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被	被保険者証 記号・番号	16 0 1 - 1 2 3 4 5 6	被保険者 資格取得日	昭(平)令 20 年 9 月 30 日	
	事業所名称	山崎製パン株式会社			
保	被保険者	氏名	健保 太郎	生年月日	昭(平) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	認定証交付 対象者	氏名	被保険者 本人	生年月日	昭・平・令 年 月 日
険	性別	男( )・女	続柄		TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	〒 100-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3			
者	認定証送付先(いずれかに○)	①事業所 ②自宅( ) ③その他(下記に記入してください。)			
	〒	※自宅以外の場合、〇〇様方、〇〇病院〇〇病棟〇〇号室 等詳しく記入ください。			
記	認定証必要期間	令和 〇年 〇〇月 〇〇日 から ※未記入の場合、健保受付月の1日から			
	※受療目的が外傷の方は、次の設問にご回答ください(該当するものに○)。				
入	第三者による負傷ですか?	業務上による負傷ですか?	通勤途上の負傷ですか?		
	・ はい ・ いいえ	・ はい ・ いいえ	・ はい ・ いいえ		
欄	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 〇年 〇〇月 〇〇日	氏名 健保 太郎			

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。

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和	年	月	日	受付年月日
	発効年月日	令和	年	月	日	
	有効期限	令和	年	月	日	
	事業所 コード		標準報酬月額	千円	適用区分	