

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 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号		16 -		被保険者 資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
	事業所名称						
	被保険者	氏 名			生年月日	昭・平 年 月 日	
	認定証交付 対象者	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
		性別	男・女	続柄	Tel		
	※本人の場合、 住所のみ記入	住 所	〒				
	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、○○様方、○○病院○○病棟○○号室 等詳しく記入ください。						
	認定証必要期間		令和 年 月 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○)。						
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			
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 年 月 日 氏名							

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	