

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		1601 - 115790		被保険者 資格取得日	昭 ^平 ・令 ○○年○○月○○日		
	事業所名称		山崎製パン株式会社					
	被保険者	氏名	健康 太郎		生年月日	昭 ^平 ・令 ○○年○○月○○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		
		性別	男・女	続柄	TEL		0123-45-6789	
		住所	〒 000-0000 東京都○○区×× 1-2-3					
	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 1 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 ・ <u>いいえ</u>		・ はい ・ <u>いいえ</u>		・ はい ・ <u>いいえ</u>				
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 健康 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			