

交付年月日	年 月 日	常務理事	事務長	課 長	担当者
有効期間	年 月 日～ 年 月 日				
適用区分					

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等記号番号		記 号	番 号				
				提出日 年 月 日			
被 保 険 者	氏 名			事業所名			
	生年月日	年 月 日		勤務先 電話番号	- -		
	住 所	〒 -		電話 () - 携帯 () -			
受診者 認定証を 使用される方	氏 名		生年月日	年 月 日		続柄	
受 診 す る 医 療 機 関	名 称						
	所 在 地						
入 院 す る 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日 (見込み)					
通 院 の 場 合		年 月 日					
傷 病 名 (ケガの場合はその原因を記入 してください。)				〔ケガの原因〕			
認定証の送付先	①自 宅 (送付先住所記入不要)		(送付先住所) 〒 -				
	②勤 務 先						
	③その他 ()		Tel () -				

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。

【注意事項】

- ※ 有効期限は、発効日の属する月から最長1年間です。
- ※ 有効期限に達した認定証は、必ず返却してください。
- ※ 有効期限にかかわらず、認定証が不要になった時は速やかに返却してください。

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。