

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	
		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	適用区分	