

決定 伺	決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	標準報酬月額	千円			

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者	記号・番号		
		事業所名		
		氏 名		
		住 所 電 話 番 号	〒 TEL ()	
		生年月日	年 月 日	
	認 定 対 象 者	氏 名		
		生年月日	年 月 日	
	入院及び入院予定年月日		令和 年 月 日～令和 年 月 日	
	希 望 送 付 先	上記被保険者住所と別のところに送付を希望する場合に記入してください。		
		住 所 電 話 番 号	〒 TEL ()	
宛 名				

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です)																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 付

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日



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。

※通院で使用される場合は『入院及び入院予定年月日』欄の記入は不要です。

※被保険者の住民税が非課税の場合は、非課税証明書を添付してください。