

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

※ 太わく内のみご記入下さい。

被保険者証の記号・番号		—		標準報酬月額	
				決定年月	年 月
				千円	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	年 月 日		住所	
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 — 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。

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。

受付日付印