

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

被保険者証の記号・番号					
被保険者	氏名			所属名	
	生年月日	年	月		
認定対象者 (患者名)	氏名			被保険者 との続柄	
	生年月日	年	月		
被保険者の住民票住所		〒 TEL ()			
療 養 予 定 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日			

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) 申請書受付月より前の月の健康保険限度額適用認定証の交付はできません。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続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。

