

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号		-					
被保険者	氏名				事業所	名称	
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	所在地	
適用対象者	氏名				被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
被保険者住所		〒 -					
送付先の住所 (注1)		〒 -					
宛名							
連絡先電話番号		( ) -				自宅・携帯・会社	

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1)送付先は被保険者住所、勤務先(被保険者宛)、医療機関(要送付の了承)のいずれかです。

受付年月日

マイナンバーカードの取得およびマイナ保険証の利用登録をお願いいたします。  
 マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養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。