

※	起 案 年 月 日					
	常務理事	事務長	部長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 (千円)	ア・イ ウ・エ I・II
	発効年月日 令和 年 月 日					
	有効期限 令和 年 月 日					

※印欄は記入しないで下さい。

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	記号		番号	
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
認定証交付対象者 (被保険者の場合は、 氏名欄に同上と記入 して下さい)	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
	被保険者 との続柄		性別	男・女
被保険者（認定証交付対象者） の住所〈注1〉		〒 — TEL () —		
交付必要期間 (入院の場合は予定期間などを ご記入下さい) 〈注2〉		年 月 日 ~ 年 月 日		
備 考	〒 —			

〈注1〉 上記の住所と異なる住所へ認定証の送付をご希望の場合は、備考欄に送付先住所を記入してください。
送付先が、ご実家等で姓が異なる場合は〇〇様方をご記入願います。

〈注2〉 最長で1年間の範囲でご記入ください。さらに継続して必要な場合は、その時点で再度申請をお願いします。

- ◆マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費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。