

|      |     |      |   |
|------|-----|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 係 |
|      |     |      |   |

## 健康保険限度額適用認定申請書

|                   |                |                      |    |                |   |   |       |
|-------------------|----------------|----------------------|----|----------------|---|---|-------|
| 被保険者証<br>(被保険者手帳) |                | 記号                   | 番号 |                |   |   |       |
| 被 保 険 者           | 氏 名            | 5.昭和<br>7.平成         |    | 被保険者のマイナンバー記入欄 |   |   |       |
|                   | 生 年 月 日        |                      |    | 年              | 月 | 日 |       |
| 事 業 所             | 名 称            |                      |    |                |   |   |       |
|                   | 所 在 地          |                      |    |                |   |   |       |
| 適 用 対 象 者         | 氏 名            | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 |    | 被保険者との続柄       |   |   |       |
|                   |                |                      |    | 被扶養者のマイナンバー記入欄 |   |   |       |
| 被保険者(適用対象者)の住所    |                | 〒                    |    |                |   |   |       |
| 交付必要期間            | 入院・外来<br>(予定日) | 令和 年 月 日             |    |                |   |   |       |
|                   | 想定される入院期間      | 令和                   | 年  | 月              | 日 | ～ | 年 月 日 |

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付年月日

令和 年 月 日

|            |  |            |  |
|------------|--|------------|--|
| 健康保険組合記入欄  |  |            |  |
| 認定証<br>交付日 |  | 認定証<br>回収日 |  |

- ★被保険者のマイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)
- ★被扶養者のマイナンバー記入欄

※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、これからはマイナ保険証をぜひ、ご利用ください。