

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		〇〇 - 〇〇〇〇〇〇				
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称	〇〇株式会社
	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日			所在地	〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3
適用対象者	氏名	健保 太郎		被保険者との続柄		本人
	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日		性別	男	
被保険者(適用対象者)の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町5-6-7				
入院期間の見込み		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日				
医療機関名		〇〇〇〇病院				

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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。

常務理事	事務長	担当	受付印	