

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者等の記号・番号		—				
被保険者	氏名			事業所	名称	
	生年月日	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	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 — ( ) - ☎ ( ) -				
限度額適用認定証の送付先住所		○をつけてください 自宅・事業所・その他( ) 〒 —				
交付必要期間(最長1年)				年 月 ~ 年 月		
入院等の理由が、第三者行為や労災によるもので				ある ・ ない		

※「第三者行為」とは、交通事故などを指します。これらの場合、この申請書の提出はできません。

※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。

本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。

従来保険証でも対応可能な医療機関もございますので、申請の前に一度ご確認ください。

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。

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 \_\_\_\_\_

