健康保険限度額適用認定申請書

健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

被保険者	記号・番号	記号				番号							
	氏名												
	住所												
	事業所名												
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											
認定証の使用を始める日		令和　年　月　日（入院の場合は入院日 外来の場合は使用を始める日）											

◎ 限度額適用認定証は有効期限内であれば、入院又は外来のどちらにも使用できます。

※　この申請書を健康保険組合で受付した月の初日から有効となる「限度額適用認定証」が交付されます。　(受付した月に資格取得及び扶養認定されたときはその取得日)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	

マイナ保険証をぜひご利用ください。
限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
(マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。)

受付	年　月　日	常務理事	事務長		係
交付	年　月　日				

受付日付印