

<記入例>

常務理事	事務長	係	係

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。

<申請書の提出先> 健康保険組合宛

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		10 - 1234			
被保険者	氏名	国土 太郎		性別	男 女
	生年月日	昭和 46 年 7 月 13 日 平成			
	住所	〒 000 - 1111 東京都〇区〇〇1-2-3			
適用対象者	氏名	国土 花子		性別	男 女
	生年月日	昭和 43 年 5 月 22 日 平成 令和		続柄	妻
療養予定期間		令和 2 年 5 月 ~ 令和 2 年 7 月			
希望交付期間		1ヶ月 ・ 3ヶ月 ・ 6ヶ月 ※遡っての発効は行っていない。			

【上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。】

希望送付先住所	〒 -
宛名	

病院への送付をご希望の場合は、事前に病院へ受け取りが可能かの確認をしてください。
送付先住所の姓が異なる場合は、「〇〇様方」と記入してください。

【申請代行者欄は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。】

申請代行者	氏名		被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代 行の理 由	□被保険者本人が入 院中で外出不可の為 □その他 ()

2024.3 改訂

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 2 年 4 月 20 日

