

健康保険 限度額適用認定申請書

※限度額適用認定申請書をご記入する前にこちらを必ずお読みください。

マイナ保険証を利用して、医療機関受付での資格確認時に限度額適用認定証情報に同意することで、事前の手続きをすることなく、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になりますので、この機会にマイナ保険証をぜひご利用ください。

被 保 険 者	被保険者証 の記号番号	記号		番号	
	氏名		㊦	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 - TEL () -			
適 用 対 象 者	氏名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者 との続柄			入院開始 年月日	令和 年 月 日 (入院予定がある場合のみ記入)
希 望 送 付 先	*希望する送付先を一箇所のみ、記入してください。送付先は原則、 <u>職場宛</u> にしてください。				
	職場宛	部署名			
	自宅宛	住所	〒 -		
		宛名			
		電話番号	() -		
その他	具体的に				
保 険 者 名	所在地	愛知県名古屋市西区幅下一丁目4-1 サンゲツ健康保険組合 TEL 052-564-3199			

上記のとおり健康保険限度適用認定書の交付を申請します。

健 保 記 入 欄	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印