

いずれかに○印を付けて下さい			
新規	更新	再交付	その他

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 氏 名			
記号 ○○○	番号 ○○○	文 具 太 郎			
事業所	名称	(株) ○○○○工業			
	所在地	東京都○○区○○ ○○○-○○			
適用対象者	氏名	文 具 花 子	続柄	妻	
	生年月日	昭・平・令○年○月○日	性別	男・女	
	使用年月日	令和○○年○○月○○日から使用開始予定			
被保険者（適用対象者）の住所		〒○○○-○○○ 千葉県○○市○○ ○-○○			
限度額適用認定証の送付先住所 (いずれかに○印を付けて下さい)		1. 自宅	2. 会社	3. その他	
		※3. その他を選択した場合の送付先住所			
		〒			

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。

※交付は使用する一ヶ月前からとなります。

※被保険者（適用対象者）個人での申請の場合は、必ず事業主に個人で手続きを行うことを申し出てください。

※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。限度額適用認定申請書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。

受付日付印