

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。  
 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。

※ 市区町村民税非課税などの低所得の方は、  
 別様式「健康保険限度額適用・標準負担額  
 減額認定申請書」を提出してください。

様式は当組合ホームページよりダウンロード  
 できます。

伺		令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係	

### 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名			
	番号			生年月日	昭・平・令	年
被保険者の現住所		〒				
		Tel. ( )				
被保険者が勤務する (していた)事業所の名称						
適用対象者 <small>(被保険者の場合は 記入の必要はあり ません。)</small>	氏名					
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	続柄					
療養(入院) 開始予定月	年 月 から			※有効期間は原則、申請月の初日から1年間と なります。		
送付先 <small>(○印をつけてください。)</small>	1、上記現住所 2、事業所		3、その他 ( 送付先住所 〒 宛 名 )			
備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)					

社会保険労務士の  
 提出代行者

年 月 日提出

受付日付印