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

被保険者等	記　号		被保険者氏名	
	番　号		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
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 (被保険者の場合は記入の必要はありません。)	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 (○印をつけてください。)	1、上記現住所　　3、その他 2、事業所	送付先住所　〒 宛　名		
備　考	被保険者等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、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

名古屋薬業健康保険組合　　R7.2