

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナ保険証を利用されている方には認定証は発行されませんので、申請は不要です。
マイナ保険証を医療機関窓口で提示することで限度額が適用されます。

令和6年12月更新

記号		被保険者 氏名	
番号		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
会社名	名称		
適用対象者	氏名		被保険者との 続柄
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
被保険者(適用対象者)の住所		〒 - - - - -	
認定証返送希望場所 (番号に○をつけてください)		1. 事業所	
		2. 被保険者(適用対象者)の住所	
		3. その他	
3を選んだ方のみ記入	住所	〒 - - - - -	
	名称		
療養予定期間 ※療養予定期間は8月末日区切り、 9月1日以降と分けて申請してください		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 外来 ・ 入院 (※調剤含む)	

令和 年 月 日

マイナ保険証の利用ができないため、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。

[受付日付印]