

Point!



マイナ保険証を利用可能な病院や薬局では、事前の手続きなしに本人が同意することで、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るため、ぜひマイナ保険証をご利用ください。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等の記号・番号		記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇
被保険者	氏名	健保 太郎	
	生年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
		自宅Tel 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯Tel 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-2-3	
事業所名称	〇〇〇 株式会社		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	性別 男・女
	住所 (上記住所と相違の場合記入)	〒 - Tel - -	
	利用期間	令和 〇 年 〇 月 ~ 令和 〇 年 〇 月 予定 ※利用期間の開始月は申請書を受付けた月からとなります。 (受付けた月の前月以前に遡ることはできません。)	
希望送付先	被保険者住所・対象者住所・事業所経由		
	その他	〒 - Tel - -	

【限度額適用認定証の申請における留意事項】

受付年月日

- (1) 70歳未満の方が対象です。
- (2) 申請は適用対象者ごとに行ってください。
- (3) 有効期限は、利用期間に基づいて定めます。利用期間を必ずご記入ください。