

【印刷、申請をされる前に】

マイナ保険証を利用すれば、
限度額適用認定証の提示は
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。

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号		被保険者氏名				
—						
事業所	名称					
	所在地	〒 —				
適用 対象者	氏名				続柄	
	生年月日	5: 昭	年	月	日	性別
7: 平						
9: 令						
申請期間		令和 年 月 ~ 令和 年 月				
被保険者(適用対象者)住所		〒 — Tel ()				
認定証返送先		1. 事業所担当者あて 2. 被保険者(適用対象者)住所あて 3. その他(申請代行者)				
3. を選んだ方のみ 住所・連絡先・宛名・理由を 記入してください		住所 〒 — 連絡先 Tel () 宛名 理由 1. 被保険者本人が入院中のため 2. その他 ()				

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。

組合受付印



使ってみよう!
マイナ保険証