

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者（申請者）記入用

受付日付印

常務理事 事務長 課長 担当

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。

事業所

名称

部所名

所在地

被保険者情報

被保険者証の
（右づめ）

記号

番号

生年月日

年

月

日

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

氏名

（フリガナ）

住所

〒

—

)

都 道
府 県電話番号
（日中の連絡先）

TEL

(

)

認定対象者欄

療養を受ける方

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

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

療養予定期間

令和

年

月

～

令和

年

月

被保険者との続柄

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所

〒

—

)

都 道
府 県電話番号
（日中の連絡先）

TEL

(

)

宛名

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名

被保険者との関係

申請代行の理由

☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため
☐ その他電話番号
（日中の連絡先）

TEL

(

)

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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。

令和

年

月

日

丸全昭和運輸健康保険組合