

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きはなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。

~~限度額適用認定証の事前申請も不要~~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	担当者

記入例

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号	○	被保険者氏名 及び生年月日	ナイガイ 太郎		
	番号	○○○○		昭 <input checked="" type="radio"/> 平・令○○年 ○月 ○日		
事業所	名称	(株)ナイガイ				
	所在地	東京都港区赤坂7-8-5				
認定証 交付対象者	氏名	ナイガイ 花子				
	生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成・令和 ○年 ○月 ○日				
	被保険者 との続柄	妻	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
送付先住所 (被保険者または 適用対象者)	〒○○-○○ 東京都○○区○○1-1-1					
交付必要期間 (申請期間)	○年 ○月 ~ ○年 ○月 ※ 交付期間は 最長1年間となります。					

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 ○日提出

受付日付印

※期限が過ぎた限度額適用認定証は、人事に返却してください。