

常務理事	事務長	担当者	法定区分決定決議	
			標準報酬月額	ア・イ・ウ・エ・オ

## 健康保険限度額適用認定申請書

### 《留意事項》

予定期間を選んで☑を入れてください。やむを得ず遡り交付が必要な方は希望月と理由に☑を入れてください。限度額証を申請されなくても、後日、高額療養費・付加給付金ともに自動的に給付します。手続きは不要です。

**※医療費が軽減される書類ではありません。**

被保険者証記号番号		XX - 00000				
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称	000(株)△△工場
	生年月日	昭	平・令 55年 3月 10日		所在地	XX市◎◎区
適用対象者	氏名	健保 太郎		被保険者との続柄		本人
	生年月日	昭	平・令 55年 3月 10日	住所	大阪市北区梅田2-2-2	
	予定期間	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 健保到着月の1日 ~ <input type="checkbox"/> 1ヶ月・ <input checked="" type="checkbox"/> 3ヶ月・ <input type="checkbox"/> 6ヶ月・ <input type="checkbox"/> 12ヶ月 <input type="checkbox"/> 継続 次の8月末まで				
		令和 年 月より希望		<input type="checkbox"/> 医療機関から指定の限度額証を求められている <input type="checkbox"/> その他( )		
	交通事故	いいえ・はい		市町村からの助成	なし・あり	

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。

被保険者氏名

健保 太郎

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の申請がありましたので提出します。

令和 5 年 4 月 2 日

所在地

大阪市〇〇市△△-〇

事業所

名称

〇〇株式会社

代表者氏名

マイナ保険証を利用すれば、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。

