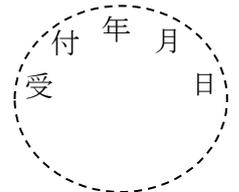


| | | | |
|------|----|----|----|
| 常務理事 | 代表 | 担当 | 代表 |
| | | | |

健康保険限度額適用認定申請書

| | | | | | | |
|----------------|------|---|---|----------|----|-------|
| 被保険者等記号・番号 | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | | | 事業所 | 名称 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | | 日 | 所在地 |
| 適用対象者 | 氏名 | | | 被保険者との続柄 | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者(適用対象者)の住所 | | | | | | |

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。



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。