

健 保 記 入 欄	常務理事	事 務 長	係	法 定 区 分 決 定 決 議					
				所得区分	ア イ ウ エ オ				
				標準報酬月額(千円)					
	起 案 年 月 日								

受付印

マイナ保険証を利用すれば、事前手続きなしで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。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者	記 号		番 号											
		氏 名						性別	男 女						
		被保険者のマイナンバー (記号番号を記入した場合は不用です)													
		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日												
		住 所	〒												
	適用対象者	氏 名						性別	男 女						
		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日												
		住 所	〒												
		医 療 機 関 名													
		入院または通院期間(見込)		令和 年 月 日 ～ 年 月 日											
		国や市区町村からこども医療証、 特定疾病医療証などを発行されていますか。		有 無	※有の場合は医療証のコピーを添付してください										
				発行機関名											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者住所

氏 名

日本触媒健康保険組合理事長 殿

電話番号