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

記入見本

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者	記号	1010	番号	1234					
		氏名	健保太郎			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	60年5月1日				
		住所	〒541-XXXX 大阪府中央区〇〇							
	適用対象者	氏名	健保花子			性別	男	女		
		生年月日	昭和	平成	令和	62年7月15日				
		住所	〒 同上							
	医療機関名	大阪中央病院								
	入院または通院期間(見込)	令和	6年12月9日			～	7年3月末日			
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								

高額な医療を受ける予定の医療機関を記入
(記入した医療機関以外でも使えます)

期間は予定・見込を記入する

医療費の助成を受けている方で、
健保に未提出の方は、写しを添付する
手続き中の方は、その旨を記入し取得後提出すること

上記のとおり申請します。

令和 6年12月1日

申請者住所 〒541-XXXX

大阪府中央区〇〇

氏名 健保太郎

申請者は被保険者

日本触媒健康保険組合理事長 殿

電話番号 090-XXXX-XXXX