受　付　日	令和　　年　　月　　日
発　行　日	令和　　年　　月　　日
有 効 期 限	令和　　年　　月　　日
適 用 区 分	

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		所属名	
	番号		被保険者氏名	

適用対象者	氏名								性別		生年月日			年		月		日
	住所	〒				－												
傷　病　名																		
入 院 予 定 日				年		月		日	～			年		月		日		
外 来 予 定 日				年		月		日	～			年		月		日		

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。

※太線の枠内をご記入ください。

健保受付印

※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。