

マイナ保険証をご利用いただければ、この「健康保険限度額適用認定申請書」による事前の手続きなく、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。  
マイナ保険証をぜひご利用ください。

常務理事	事務局長	部長	課長	担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

(70歳未満の方、または70歳以上の方で高齢受給者証の負担割合が「3割」の方が対象です。)

被保険者 記号・番号	-			
該当するものに○印	1. 事業所勤務 事業所名称 所在地		2. 特例退職 被保険者	3. 任意継続 被保険者
被保険者氏名	生年月日	昭和 平成	年	月 日
適用対象者	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	続柄	性別	男 ・ 女	
被保険者 (適用対象者) の住所	〒 -			
交付必要期間	入院・通院 令和 年 月 日 ~			
認定証送付先	1. 自宅 2. 事業所 3. その他 〒			
負傷の場合、その負傷は第三者行為（交通事故等）によるものですか。	はい ・ いいえ			

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。

令和 年 月 日提出  
受付日付印

民間放送健康保険組合