

常務理事	事務長	課 長	係 長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号 (被保険者証記号番号)						
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		〒				
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入下さい)		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
認定証の送付先		事業所 ・ 自宅				

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
製紙工業健康保険組合
受 付 年 月 日

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。

健康保険組合記入欄			
区 分			証明期間
報酬	千円	ア・イ・ウ・エ	～