

常務理事	事務長	課長	係長	担当

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申請書

被保険者証記号番号		〇〇〇〇 - △△△△				
被保険者	氏名	健 保 太 郎 印		事業所	名称	(医)〇〇病院
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			所在地	さいたま市〇〇区
適用対象者	氏名	健 保 花 子		被保険者との 続柄	妻	
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			性別	男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所			〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 電話番号 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
限度額認定証の送付先について (希望の方にマルをつけて下さい)			上記自宅宛 事業所(勤務先)宛			

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 〇 年 〇 月 〇 日提出

※限度額適用認定証は、申請書が健康保険組合に届いた日の属する月から有効なものを交付しています。

※限度額適用認定証が遡って必要な場合は、医療機関の担当者にご確認のうえ下記にご記入ください。

病院・診療所の 〇 課 担当者 〇 様から、組合が 〇 年 〇 月か
ら有効の限度額適用認定証を発行した場合、対応していただける旨確認いたしました。

提出先

埼玉県医師会健康保険組合

〒330-0062

さいたま市浦和区仲町 3-5-1

TEL 048-832-7882

FAX 048-832-7818

受付印