

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。

以下の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。

※	常務理事	事務長	担当者	法定区分決定決議	
				標準報酬月額	(千円)
				ア (83 万以上)・イ (53~79 万)・ウ (28~50 万)	
				エ (26 万以下)・オ (非課税)	
				現役並み I (28~50 万)・現役並み II (53~79 万)	

※印欄は記入しないで下さい。

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	事業所名	株式会社	記号-番号	×××-××××
	氏名	健保太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成		××年 1月 1日
適 用 対 象 者	氏名	健保花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		××年 3月 3日
	住所	〒×××-××××	都道府県	市 ×××番地
	TEL	×××-×××-××××		
予 定 入 院 期 間	令和 ××年 7月 10日 から 令和 ××年 8月 20日 まで			
予 定 外 来 通 院 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		※ 高額になる 外来、調剤等	
第 三 者 行 為 (交 通 事 故 等) 労 災	<input type="checkbox"/> 該 当 <input checked="" type="checkbox"/> 非 該 当	備 考		
上記のとおり申請いたします。 いずれかを選択ください。				
令和 ××年 7月 3日				
野村健康保険組合理事長 殿				
〒×××-××××				
住所 県 市 ×××番地				
被保険者				
氏名 健保太郎				