

マイナ保険証を利用すれば、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ので、本交付申請は不要です。

2024.12 改訂

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被 保 険 者	記号・番号	—				
	氏名			性別		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	連絡先	日中連絡のとれる電話（携帯）番号 ()				
適 用 対 象 者	氏名		性別		続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 入院（入院予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 外来（使用開始日 年 月 日）					
認 定 証 送 付 先 *原則 特定記録で 送付いたします。	<input type="checkbox"/> 被保険者自宅 <input type="checkbox"/> その他送付希望住所 (〒) <input type="checkbox"/> 所属事業所（事業所名)					
備 考						
上記のとおり申請します。 年 月 日						
被保険者の住所 〒						
氏名						
高島屋健康保険組合理事長 殿						

* 健保記入欄

標準報酬月額	限度額区分
千円	

受付印

常務理事	事務長		担当者	送付日