

▼この欄は記入しないで下さい

起案年月日	年 月 日			標準報酬額 月 額	千円
常務理事	事務長	主任	担当者		
				法定区分 決定決議	ア・イ・ウ・エ・オ 現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ
備考					

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		事業所名		
	生年月日	年 月 日生			
	住 所	〒			
適 用 対 象 者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生		続 柄	
	住 所	〒			
入院および通院予定期間		年 月 日～ 年 月 日 日間			
医 療 機 関	名 称				
	所 在 地	〒			
備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				
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。 年 月 日 被保険者氏名 ⑤ ダイダン健康保険組合理事長 殿					

※ 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、マイナ保険証をご利用ください。