

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	担当者

830千円以上 ア
 530千円～790千円 イ
 280千円～500千円 ウ
 260千円以下 エ

被保険者証記号番号		210・2000		標準報酬月額	500千円	区分	ウ
被保険者	氏名	健保 太郎 印		事業所	名称	リケンテクノス株式会社	
	生年月日	昭和 平成	50年4月12日		所在地	東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地	
適用対象者	氏名	健保 太郎		被保険者との続柄		本人	
	生年月日	昭和 平成 令和	50年4月12日	性別		男 ・ 女	
被保険者の住所		東京都中央区日本橋本町〇丁目〇〇番〇〇号					
適用対象者の住所		同上					
医療機関名		◎◎病院				電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
入院予定期間		令和	1年5月20日	から	令和	1年5月30日	
通院期間		令和	年 月 日	から	令和	年 月 日	

通院のみはこちら

令和 年 月 日 ※シャチハタ印不可

受付印

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。
 マイナンバーカードに対応した医療機関では、限度額適用認定証が無くても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。

東京都千代田区神田淡路町二丁目101番地

事業主 ○〇 ○〇株式会社



代表取締役社長 ○〇 ○〇