

同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

兼 食事療養標準負担額減額申請書(被保険者が非課税の場合のみ)

※申請書は黒のボールペン(消えないペン)でご記入ください。

①	被保険者証 記号・番号	記号 — 番号	④ 事業所名(または勤務していた事業所名)	
②	被保険者氏名	名称		
③	被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日		所在地
⑤	被保険者の 住所	〒 Tel ()		
⑥	対象者氏名	男女 続柄:()		
⑦	対象者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
⑧	使用期間	令和 年 月 日 ~ (日間 ・ ヶ月間)		
⑨	⑤以外に送付を 希望する場合	住所	〒 Tel ()	
		宛名	被保険者との続柄	
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 年 月 日				
申請者 住所				
氏名				
電話 ()				

<注意> ※ 認定証は、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
 ※ 被保険者の所得の変動等に伴い適用区分が変更となった場合は、再度の申請が必要となります。
 ※ 被保険者の当年度市区町村民税が非課税の場合は、市区町村税非課税証明書(原本)を添付のうえ、申請してください。

受付日付印

マイナ保険証を利用いただくことで、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。

全日本理美容健康保険組合
03(6661)6106