

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、マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者情報	被保険者証の記号-番号	記号	番号	
	事業所名称	事業所所在地		
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	氏名・印		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	(〒 -)		
電話番号 (日中連絡先)				

認定対象者	療養を受ける方の氏名・続柄	療養を受ける方の生年月日	年 月 日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	※具体的な終了予定が不明な場合は大体で結構です。
	その療養は	1. 病気によるものである 2. ケガによるものである⇒ケガの場合は「負傷原因届」を併せてご提出ください	

送付希望先	希望する送付先	1. 自宅 2. 本社 3. その他 (その他の場合は下記に送付先・宛名等をご記入ください)		
	住所	(〒 -)		
	宛名	電話番号 (日中連絡先)		

申請代行者欄	申請代行者欄は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名・印	申請代行の理由	該当する番号に○をつけてください。その他の場合は理由も記載してください。	
	電話番号 (日中連絡先)	被保険者との関係	1. 被保険者が負傷・意識障害により自著できないため 2. 被保険者が入院により外出できないため 3. その他 ()	

上記の通り限度額適用認定証の交付を申請します。

書類記入日

令和 年 月 日

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

(R1.5)

社会保険労務士の提出代行者署名記載欄	印
--------------------	---

受付日付印

組合使用欄