

組 合 決 裁 欄			
常務理事	事務長	係	係

大太平洋金属健康保険組合理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

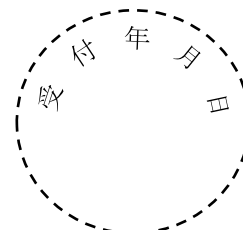
健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号								
被保険者	氏名				事業所	名称		
	生年月日 (和暦で記入)	年	月	日	所在地			
認定対象者	氏名				被保険者との続柄			
	生年月日 (和暦で記入)	年	月	日	性別	男 ・ 女		
認定対象者の住所		〒 -						
交付必要期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
<small>(主治医とご相談の上、入院予定期間などをご記入下さい。)</small>								

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。

(注意事項)

- ※ 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、「被保険者証記号番号」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等が必要です。)
- ※ **マイナンバーカードを保険証として利用登録すれば、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が免除されます。限度額適用認定証の申請が不要となりますので、マイナンバーカードをぜひご利用ください。**



(2024. 04)