

決裁	理事長	専務	<b>赤色で色付けされた欄は記入必須です。 こちらの記入例を参考にすべてご記入ください。</b>	摘要

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。

### 限度額適用

### 額 認 定 申 請 書 額 減 額

記号・番号・枝番は、保険証(現在は発行していません)、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでも確認することができます。

被保険者 記号番号		記号	職	27	番号	0001										
組 合 員	住所	京都市中京区壬生 <small>ワカ</small> 4番地1 古川勤ビル5階														
	氏名	職別	太郎	印	生年月日	昭平・令	45年 1月 1日	男・女								
個人番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	電話 番号	075 ( 801 ) 0478	
限度額適用 減額対象者氏名		職別			花子	生年月日	昭平・令	44年 2月 2日	男・女	女						
該当に○をしてください。		3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	組合員との続柄	妻			
長期入院	該当	非該当		第三者行為	有	無										

押印必須

今回申請される限度額適用認定証について、その対象となる受診および調剤が仕事上の傷病または交通事故等の第三者行為による傷病である場合は「有」、そうでない場合には「無」に○をしてください。

①②③については、過去1年間に入院された期間があればご記入ください。

①	申請日の前1年間の入院をした保険医療機関等	所在地	日間
	①②③については、過去1年間に入院された期間があればご記入ください。		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	入院をした保険医療機関等	所在地	

所属支部長が証明する欄	当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員は、保険料の滞納がないことを証明します。 令和 年 月 日  所属支部
-------------	---

印