マイナ保険証を利用した場合、限度額適用認定証情報の提供に同意することで、事前申請なしで、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。マイナ保険証をご利用ください。

| 発　　議 | 令和　　年　　月　　日 | 常務理事 | 事務局長 | 部 長 | 課 長 | 扱 者 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 決　　議 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | |
| 交付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | |
| 送付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | |
| 有効期限 | 自令和　　年　　月　　日 ～ 至令和　　年　　月　　日 | | | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ<br>Ⅰ・Ⅱ | |

# 健康保険限度額適用認定証交付申請書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 被保険者証 | 記号 | | ふりがな | |
| | | | | 被保険者の氏名 | |
| | | 番号 | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| | 被保険者の現住所 | 〒　　－ | | TEL　　（　　） | |
| | 事業所の名称<br>（任意継続の方は記載不要） | | | TEL　　（　　） | |
| | ※認定証を上記の現住所以外へ送付を希望する場合は、その送付先 | 〒　　－ | | TEL　　（　　） | |
| | | 宛名 | | | |
| 認定証交付対象者欄 | 氏　　名 | | | 被保険者との続柄 | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| | 住　　所 | | | | |

管工業健康保険組合

注1）※の欄については現住所に認定証を送付する場合は、記入は不要です。
被保険者の現住所以外へ郵送を希望する場合（事業所・病院等）、送付先住所を記入してください。

注2）ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

受付日付印