

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日
月額	千円	区分		

常務理事	事務長	課長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用認定申請書 (高額療養費現物給付用)

被保険者等 記号・番号		記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。 — —						
被保険者	氏名		印	事業所 名称						
	生年月日	昭和・平成			所在地					
	住所	〒 —	年	月	日	電話: ( )				
認定対象者 <small>被保険者の場合は記載の必要はありません</small>	氏名			被保険者との続柄						
	生年月日	昭和・平成・令和		性別	男・女					
認定証必要期間		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

※ 認定証必要期間は、受付月から最長で1年間の範囲となります。

認定証送付先 <small>被保険者住所と同じ場合は記載の必要はありません</small>	宛名	
	住所	〒 — 電話: ( )

上記のとおり、高額療養費現物給付扱い（保険医療機関の窓口支払額を自己負担限度額までの扱い）のために、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

### ご案内

マイナ保険証<sup>(※)</sup>を利用いただくことにより、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。

(※)マイナ保険証とは、事前にマイナポータル等で健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードです。

東京都金属プレス工業健康保険組合

健康保険限度額適用認定証  
を受領いたしました。

受付日付印

氏  
名