

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

なとり健康保険組合 殿

下記のとおり申請致します。

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

年 月 日 申請

被保険者証の	記 号	番 号			被 保 険 者 (申 請 者) の 氏 名 印 生 年 月 日	年 月 日 生		(印)
現 住 所	〒				電話番号			
					携帯番号			
所属事業所名					所属部署			
対 象 者 の	氏 名			生 年 月 日	年 月 日 生	被保険者 との続柄		
入院する(した)	名 称							
保険医療機関の	所 在 地							
入院見込期間	年 月 日より概ね 日(月)間							
認定証送付先住所 (被保険者の住所と同じ場 合は省略可)	〒				電話番号			

交 付 決 議 書

有効期限		令和 年 月 日						
適用区分	ア 83万円以上		イ 53～79万円		ウ 28～50万円		エ 26万円以下	
備考								

()

常務理事	事務長	係