常務理事	事務長	担当	担当

タクマ健康保険組合　御中

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者等		記　号		番　号		会社名	
被保険者	氏　名					生年月日	S H R　年　月　日
	住　所	〒　　— TEL（　　）　　—					
適用対象者（70歳未満の方）	氏　名					生年月日	S H R　年　月　日
	性　別	男　・　女				被保険者との続柄	
業務上 または 通勤途上での傷病ですか？							はい　・　いいえ
傷病の原因は 第三者行為（交通事故・けんか 等）によるものですか？							はい　・　いいえ
本証の使用目的（いずれかに ☑）		□ 入院のため　（入院予定日　月　日 ～ ） □ 通院（薬剤費含む）のため　（使用開始日　月　日 ～ ） □ 入院と通院の両方のため　（入院予定日 または 使用開始日　月　日 ～ ）					

※ 有効期限が切れた場合は、再度申請が必要です。

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。

令和　　年　　月　　日

＊ 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。

健保受付印

令和6年12月 改訂