

適用区分	標準報酬月額 83万円 以上	ア	標準報酬月額 千円	常務理事	事務長	担当者
	〃 53万円 ～ 79万円	イ				
	〃 28万円 ～ 50万円	ウ				
	〃 26万円 以下	エ				
	低所得者（住民税非課税）	オ				

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

記号・番号		—		所 属			
被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
被 保 険 者 住 所		〒 —		Tel —		—	
限度額証 を発効す る対象者	氏 名			生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
	被保険者との続柄						
受 診 す る 医 療 機 関							
手術等、治療の内容 病名・手術名だけ でなく、治療するに 至った経緯、今後の 治療予定等、具体 的に記入下さい。							
治療（予定）期間				令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）			
入院（予定）期間		有・無		令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）			
手 術（ 予 定 ） 日		有・無		令和 年 月 日（ ）			
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 京都中央信用金庫健康保険組合 御中 被保険者 氏 名							

- ・ 太枠の中をご記入ください。
- ・ 入院や手術日等が未定の場合は、予定日及び予定期間等を記入してください。

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。