

タクマ健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当	担当

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証		記号	番号	事業所名	
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 <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 入院のため (入院予定日 月 日 ~ ) <input type="checkbox"/> 通院(薬剤費含む)のため (使用開始日 月 日 ~ ) <input type="checkbox"/> 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