

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者

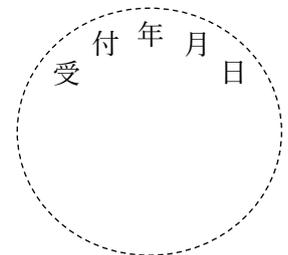
健康保険限度額適用認定申請書

月額 令和 . . . 千円 区分 (ア・イ・ウ・エ・オ)

被保険者整理 記号番号	—	事業所名	
被保険者名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
適用対象者		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
被保険者 との続柄		性別	男 ・ 女
被保険者 の住所等 (証郵送の場合 は送付先住所)	〒 — TEL — —		
診療区分	入院 ・ 通院 ・ その他 ()		
負傷の場合は状況 (原因)をご記入下さい。 (負傷以外で可能な 場合は、傷病名をご 記入下さい。)			
高額療養費申請 及び限度額適用 回数(一年以内)	なし ・ あり (回目)		
入院(通院)される 医療機関名等 (複数の場合主たる所)	医療機関名： 所在地： 電話番号： — —		
入院(通院) (予定)年月日	令和 年 月 日 ~		

上記のとおり交付申請をいたします。

宮城県自動車販売健康保険組合 殿



※マイナ保険証をご利用いただくと、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。