

交 付 決 議 書					
受付年月日	年	月	日		
伺 年 月 日	年	月	日		
決裁年月日	年	月	日		
発効年月日	年	月	日	資格取得年月日	年 月 日
有 効 期 限	年	月	日	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ

※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。

健康保険限度額適用認定申請書

記号 ・ 番号		—	事業所名			
被 保 険 者	氏 名					
	住 所	〒				
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
適 用 対 象 者	氏 名			続 柄		
	住 所	〒				
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
療養予定期間		令和 年 月 ～ 令和 年 月				
認定証送付先	宛先					
	住所	〒				

藤倉コンポジット健康保険組合 理事長 殿
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。

~~~~~  
受 付 日 付 印