

提出先 神鋼商事健康保険組合 殿

(様式 1 号)

※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。

常務理事	事務長	経 理	担 当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者等記号・番号			-		事業所名		
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 生 年 月 日	年	月 日
適 用 対 象 者					適用対象者生年月日	年	月 日
被保険者との続柄					適 用 対 象 者 性 別	男 ・ 女	
被保険者（適用対象者）の住所 （下記申請欄住所と同様の場合は不要）		〒					
申請期間（一月単位） （例：6 月 10 日～7 月 5 日の期間の 申請書が必要な場合は 6 月～7 月と ご記入下さい）		年 月 ～ 年 月					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 神鋼商事健康保険組合理事長 様 〒 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____							

健康保険組合受付印

