

決議書	資格取得日	年 月 日	伺い	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	資格喪失日	年 月 日	決 済	年 月 日				
	標準報酬月額	千円		所得区分	備考			

※上、決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険限度額適用認定申請書

※市町村民税非課税などの低所得者は「限度額適用・標準負担額減額申請書」で申請してください。

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿

次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

(申請者) 被保険者	フリガナ				年齢	被保険者等記号・番号						
	氏名											
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		申請者住所	〒 -							
	日中の連絡先	()										

認定対象者欄	療養を受ける方の氏名		年齢		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				記載がない場合、受付した月の1日から1年間有効となります。					
	希望送付先	(宛名)				〒 - 都道府県 電話 - -					

申請代行者記入欄	申請代行者住所: 〒 -	被保険者との関係:()
	氏名: TEL - -	

※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。

※70歳以上の方の申請については、現役並所得ⅠおよびⅡの方を除き、限度額適用認定証が不要となります。(高齢受給者証がその役割を兼ねるため)

受付印日付