マイナ保険証を利用する場合は、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。
マイナ保険証をぜひご利用ください。マイナ保険証を利用しない場合は、この申請書をご提出ください。

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

〔被保険者について〕

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	生年月日
記号	番号		昭和 ・ 平成 年 月 日
被保険者の住所	〒 ―		TEL ― ― 携帯 ― ―

〔療養を受ける方について〕

療養を受けるのは、被保険者・家族（被扶養者）のどちらですか？					1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
家族の場合、その方の	氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
認定証が必要な期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					

〔送付希望先〕
（上記「被保険者の住所」と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。なお、入院中の病院等への送付も承りますが、棟や部屋番号などの細かい情報をご記入いただけないと、お手元に届かない場合がありますので、ご留意ください。）

送付先の	住所	〒 ―
	宛名	例：事業所や病院、別居されているご家族等

令和 年 月 日提出

6. 12改

受付日付印

東京中央卸売市場健康保険組合

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員