

極秘

限度額証発効年月日	令和 4 年 9 月 1 日					係	
有効期限	令和 5 年 8 月 31 日						
適用区分							
83万円以上 … ア	〈備考欄〉	資格	取得	昭・平・令	年	月	日
53～79万円 … イ			喪失	平・令	年	月	日
28～50万円 … ウ			期間	□1年以上/□1年未満			
26万円以下 … エ		標準報酬 月 額					千 円

※組合使用欄

※上の欄には記入しないで下さい。

被保険者  
家族

健康保険限度額適用認定申請書

更新

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号					番号				被保険者の氏名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	事業所の名称						
						所在地						
	被保険者の住所	〒										
	被保険者の電話番号	TEL ( ) -										
	適用対象者	氏名					男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
備考欄												

《上記以外の住所に送付を希望する場合、下記の欄に記入してください。》

希望する送付先	〒
宛 名	

《被保険者以外の方が申請する場合、下記の欄に記入してください。》

代 行 者 の 記 入 欄	申請代行者の氏名		被保険者との関係	
	申請代行者連絡先	〒	電話	( ) -
	申請代行の理由			

社会保険労務士記載欄

受付日付

- この用紙にて令和4年9月30日までに当組合に受付された場合、令和4年9月1日から有効となります。
- 希望する送付先がない場合、被保険者住所に送付します。
- 外傷性のケガ(骨折・捻挫等)で受診する場合、必ず「負傷原因届」を添付してください。