

極秘

限度額証発効年月日	令和 年 月 日						係	
有効期限	令和 年 月 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

被 保 険 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										

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。

(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

《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

- 当組合にて申請書が受付された月の初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。