

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。

被保険者健康保険限度額適用認定申請書

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	(印)			
	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 電話番号	〒	電話 () -				
	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	(印)	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。