

※ 市区町村民税非課税などの低所得の方は、別様式「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。

様式は当組合ホームページよりダウンロードできます。

伺		令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係	

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名		
	番号		生年月日	昭・平・令	年 月 日
被保険者の現住所		〒 _____ Tel. () _____			
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称					
適用対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません。)	氏名				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	続柄				
療養予定期間	年 月 ~ 年 月	※記載がない場合は、原則受付した月の1日から有効となります。			
送付先 (〇印をつけてください。)	1、上記現住所 2、事業所	3、その他 送付先住所 〒 _____ 宛 名 _____			
備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)				

社会保険労務士の
提出代行者

年 月 日提出

受付日付印

記入例

限度額適用認定申請書

1
保険証に記載の記号・番号を
ご記入ください。(右詰め)
被保険者(本人)・被扶養者(家
族)とも記号・番号は同じです。

2
被保険者(本人)の情報を
ご記入ください。

3
適用対象者が被扶養者(家族)
の方の場合にのみ、
ご記入ください。
被保険者(本人)の場合、
ご記入は不要です。

4
認定証の使用期間をご記入くだ
さい。
ご記入がない場合は、
原則受付した月の1日から8月
31日までの有効となります。
※毎年9月更新になりますので
ご注意ください。
例: 7月～10月まで使用する。
⇒
期間が7月～8月、9月～10月
の申請書を2枚提出

健康保険限度額適用認定申請書

記号	1	2	3	4	5	健康	—
年齢	4	0	7	3			
性別							
住所	123 0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101			052 000 0000			
勤務先	〇〇〇〇〇株式会社						
氏名	健康		花子				
年齢	4		0		7 月 3 日		
性別	妻						
申請期間	令和2 年 4 月		令和2 年 8 月				
備考	〇						

5
ご希望の送付先をご記入ください。

- ご記入後は当組合へご提出ください。
- 申立(お電話等)による交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。
- 申請書が当組合に届き次第、交付いたしますので保険証と併せて医療機関へご提示ください。
- 有効期限は8月31日までです。9月以降も使用される場合は再度申請書をご提出ください。
- 70歳以上の方、住民税非課税の方の申請につきましては、当組合へお問い合わせください。

■提出・お問い合わせ先
〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35 名古屋業業健康保険組合 業務課
TEL: 052-211-2439 HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>