

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
 1年間有効の認定証を
 交付します。
 例:7月～10月まで使用する。
 ⇒
 7月1日から翌年6月30日まで
 有効の認定証を交付

5
 ご希望の送付先をご記入ください。

		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	1	2	3	被保険者氏名	健康	—
	番号	4	5		生年月日	昭平・令	40年7月3日
被保険者の現住所	〒 123 - 0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101			TEL (052) 000 0000			
被保険者が勤務する (していた)事業所の名称	〇〇〇〇株式会社						
通用対象者	氏名	健康 花子					
(被保険者の場合は 記入の必要はありません)	生年月日	昭平・令 40年 7 月 3 日					
	続柄	妻					
4 予定期間	令和2年 4月-令和2年 8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。				
5 送付先 (〇印をつけてください)	1. 上記現住所		3. その他		送付先住所 〒 宛 名		
	2. 事業所						
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。 [マイナンバー記載]の場合は、個人番号通知、本人確認をするための書類を提出の上、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

名古屋業業健康保険組合 R3.3

■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。

■有効期限は原則受付した月の1日から1年間です。有効期限経過後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/>