

※ 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
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 <small>(被保険者の場合は 記入の必要はありません。)</small>	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 <small>(○印をつけてください。)</small>	1、上記現住所 3、その他 2、事業所 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

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

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							
3 通用対象者 (被保険者の場合は記入の必要はありません)	氏名	健康 花子						
	生年月日	昭平・令 40年 7 月 3 日						
	続柄	妻						
4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	4 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
5 送付先	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。 【マイナンバー記載した場合は、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

名古屋薬業健康保険組合 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