

※ 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