

※ 適用区分 ア・イ・ウ・エ・オ	※ 標準報酬月額 千円	常務理事	事務長	担当者

※健保組合記入欄

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証がなくても限度額を適用することができます。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者証の 記号・番号		(記号)	(番号)	給与から住民税の控除の有無 (該当する方を○印で囲んでください)	
被保険者	氏名			はい 控除されています	いいえ 控除されていません
	生年月日	昭・平	年 月 日	勤務先 施設名称	
	住所	〒 -			
適用 対象者	氏名			被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 -			

負傷によるものですか

はい ・ いいえ

※はいの場合は下記にもご記入ください。

負傷した 状況等	負傷の日時	年 月 日	午前 ・ 午後	時頃
	その日は	勤務日（出勤途上も含む） ・ 公休日 ・ 私用で休み		
	※負傷した状況をご記入ください。			
	事故等の 場合相手が	いる ・ いない	※「いる」の場合、「第三者行為による負傷届」の提出が必要です。	

送付 希望先	※該当するところに✓を入れて下さい			
	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所	<input type="checkbox"/> 適用対象者住所	
	<input type="checkbox"/> 他の送付先住所	〒 -		
	電話 ()			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の発行を申請します。

年 月 日

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	<input type="text"/>
--	----------------------

(注) 非課税の場合(給与から住民税が控除されていない場合)は、
必ず市町村発行の非課税証明書を添付してください。

受付日付印