

標準報酬月額	適用区分	常務理事	事務長	課長	担当者
千円	ア・イ・ウ・エ				
平成	年	月	日		

健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者の記号・番号	.				
被保険者氏名					/
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
住所※	〒				
適用対象者氏名				続柄	
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
住所	〒				
備考					
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">被保険者氏名 (印)</div>					

・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記の備考欄へ記入してください。
 (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添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

【注 意】

- ・被保険者が市町村民税非課税者等である場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定書」の申請が必要となります。
- ・標準報酬月額の変更により、適用区分が変更となる場合は「健康保険限度額認定証適用区分変更届」を提出してください。

※「限度額認定証」は被保険者の自宅宛に郵送いたします。自宅以外(例：勤務先の事業所、病院等)に送付を希望される場合はその旨お申出ください。