

標準報酬月額	適用区分	常務理事	事務長	課長	担当者
千円	A ・ B				
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; margin-top: 20px;"> 被保険者氏名 ㊟ </div>					

【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。