|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

健康保険限度額適用認定証交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 |  | - |  |  |
| 被保険者 | 氏　名 |  | 事業所 | 名　称 |  |
| 生年月日 | 昭平令　　　　 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 所在地 |  |
| 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 |  |  |
| 被保険者（適用対象者）の住所 |  |

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

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無くても限度額を適用することができます。

受付年月日