						伺　・　・
経伺	常務理事	課　長	課長代理	担当者	発効年月日	適用区分
						ア・イ ウ・エ
					有効期限	現役並みⅠ
						現役並みⅡ

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証がなくても、窓口での支払いを自己負担限度額までとすることができます。マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者証 記号 － 番号		ー	事業所名	
被保険者	氏　名		資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
	生年月日	昭和・平成 年　月　日	標準報酬 月額	千円
適用対象者	氏　名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日	被保険者 との続柄	
限度額適用認定証 送付先住所		〒　－ （日中連絡先）TEL　（　）		

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。

令和　年　月　日

被保険者氏名

名古屋文具紙製品健康保険組合理事長　様

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄