健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

新規・更新
区分変更

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

下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

被保険者情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者証の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　）　　都道府県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方（被保険者の場合は記入の必要はありません）	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和
療養予定期間	令和　年　月 ～ 令和　年　月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から有効となります。	

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所	（〒　　－　　）　　都道府県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）
宛名	

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

（R5.4）

・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

受付日付印

※	常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者	法定区分決定決議	
							標準報酬月額 年　月 （千円）	ア・イ・ウ・エ Ⅰ　Ⅱ
	交付日	令和　年　月　日	発効年月日	令和　年　月　日	有効期限	令和　年　月　日		

※印欄は記入しないでください。

兵庫県運輸業健康保険組合