伺		平成　年　月　日		
常務理事	事務長	課　長	係　長	係

NO.　　－

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記　号		被保険者氏名		㊞
	番　号			※自署の場合は押印を省略できます。	
			生年月日	昭・平　　年　　月　　日	
被保険者の現住所		〒　　－ TEL.（　　）　　－			
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称					
適用対象者 (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・平　　年　　月　　日			
	続　柄				
療養予定期間	平成　　年　　月～平成　　年　　月			※記載がない場合は、原則受付した月の1日から有効となります。	
送付先 (○印をつけてください。)	1、上記現住所 2、事業所 3、その他	送付先住所　〒 宛　名			
備　考	被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 （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書類を添付の上、この欄に記載してください。）				

平成　　年　　月　　日提出

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。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

名古屋薬業健康保険組合　H29.1