

記入例

限度額適用認定申請書

1
保険証に記載の記号・番号を
ご記入ください。(右詰め)
被保険者(本人)・被扶養者(家
族)とも記号・番号は同じです。

2
被保険者(本人)の情報を
ご記入ください。

3
適用対象者が
被扶養者(家族)の場合にのみ、
ご記入ください。
被保険者(本人)の場合、
ご記入は不要です。

4
認定証の使用開始予定月を
ご記入ください。
原則受付した月の1日から
1年間有効の認定証を
交付します。

※ 市区町村民税非課税などの低所得の方は、別様式「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。
様式は当組合ホームページよりダウンロードできます。

伺		令和	年	月	日
常務理事	事務局長	課長	係長	係	

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健康 ー
被保険者番号		生年月日	昭平・令40年7月3日
被保険者の現住所	〒123 - 0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101	TEL.	(052 000 0000
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	〇〇〇〇〇株式会社		
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	健康 花子	
	生年月日	昭平・令40年7月3日	
	続柄	妻	
療養(入院)開始予定月	令和6年8月から	※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 (口印をつけてください)	1. 上記現住所 3. その他 2. 事業所	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、個人番号通知、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。】		

社会保険労務士の提出代行者 _____ 年 月 日 提出

受付日付印

名古屋業業健康保険組合 R3.

5
ご希望の送付先をご記入ください。

- ご記入後は当組合へご提出ください。
- 申立(お電話等)による交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。申請書が当組合に届き次第、交付いたしますので保険証と併せて医療機関へご提示ください。
- 有効期間は原則受付した月の1日から1年間です。有効期限経過後も使用される場合は再度申請書をご提出ください。
- 70歳以上の方、住民税非課税の方の申請につきましては、当組合へお問い合わせください。