

決 裁	常務理事	事務長	部長	課長	係

## 健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者	記号・番号	-	事業所名															
	氏名	【*記号・番号記入の場合は不要です。】																
	個人番号																	

認 定 対 象 者	氏名				続柄			
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女	

送付先住所	〒 -	受取人連絡先
		TEL ( ) -

※自宅以外への送付もしくは受取人が異なる場合には、詳しくご記入ください。(例: ~様方、~宛等。)  
 ※病院もしくは職場に送付の場合、住所に併せて部署名及び科(課)名まで詳しくご記入ください。

交付必要期間 (入院予定期間などを記入してください。)	年 月 日 ~ 年 月 日
--------------------------------	---------------

三重県農協健康保険組合 理事長様

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付申請をします。

年 月 日

〒 -  
住 所  
被 保 険 者  
TEL ( ) -  
氏 名 (印)

※この申請書によって取得する個人情報は、限度額適用認定証の交付および申請書に基づく統計分析を目的に利用します。