

決 裁	常務理事	事務長	部 長	課 長	係

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

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																	

送付先住所	〒											TEL ()	-
<small>※自宅以外へ限度額適用認定証の送付を希望する場合は記入。</small>													

※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
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

※交付必要期間終了日が未定の場合は、開始日のみご記入ください。(原則、申請月初日から1年間の有効期限を設けて交付します。)

※申請書受付日より前の月の限度額認定証の交付はできません。

※被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書」をご提出ください。

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