

決 裁	常務理事	事務長	部 長	課 長	課長代理	係

# 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

70歳未満の  
上位所得者・  
一般所得者用

マイナ保険証に対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。  
便利なマイナ保険証をぜひご利用ください。

被 保 険 者	記号・番号	-	【*記号・番号が分からない場合は個人番号を記入してください。】											
	氏 名		個人番号											
			事業所名											

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	〒 -				
<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>	TEL ( ) -				

※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、申請月初日から最長2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