

常務理事	事務長			

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		66 - 000				
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称	〇〇株式会社
	生年月日	昭平令 59年〇月〇日		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-2	
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭平令 62年〇月〇日				
被保険者（適用対象者）の住所		〇〇県〇〇市〇〇台22-33 〇〇台ハイツ303				

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。

マイナンバーカード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。

受付年月日

