伺年月日	年　月　日	常務理事	部長	係長	係
資格取得日	年　月　日 取得 認定				
有効期限	年　月　日				
標準報酬月額	千円	区分		発行済	年　月　日迄
回収日	年　月　日	回収状況	添付・滅失（　　）		

健康保険　限度額適用認定証交付申請書

被保険者証記号番号		―	事業所名	
被保険者	氏　名			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		
適用対象者	氏　名	（被保険者の場合は記入の必要はありません）		
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
被保険者の住所		〒		
認定証送付先		1. 被保険者住所　　2. 事業所 3. その他 〒 住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 宛　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿		

※ 申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

※ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

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。　　令和　　年　　月　　日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

備考欄	

（代理申請の場合）

事業所名

事業主名

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
□	・申請者本人（被保険者）が記載したものである
□	・記載内容について誤りがないか申請者本人（被保険者）に確認している

大阪産業機械工業健康保険組合