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

被保険者等記号・番号		5000　―　999	被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
事業所名		○○産業株式会社	
被保険者	氏名	産業　健一	
	生年月日	昭和・(平成)　2　年　10　月　20　日	
適用対象者	氏名	産業　安子	
	生年月日	昭和・(平成)・令和　4　年　10　月　3　日	
被保険者の住所・電話番号		〒 0000-0001 △△市××町1-1 TEL　○○－○○○－○○○	
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なくても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカード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 5 年 10 月 1 日

※被保険者に代わり、事業主が申請することも可能です

（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

事業主が申請する場合はこちらへ☑

大阪産業機械工業健康保険組合