

※決裁	常務理事	事務長	次長	合議	係	法定区分決定決議	
						標準報酬月額	
						区分	ア・イ・ウ・エ
※発効年月日		平成 年 月 日			※有効期限		平成 年 月末

「※」印欄は記入しないで下さい。

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)

被保険者	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	事業所名	健康第一農業協同組合			
					住所	大津市〇〇〇丁目〇〇-〇			
	氏名	農業太郎				⑩	自署の場合は押印を省略できます。		
	生年月日	昭和・平成 △年 △月 △日				性別	男・女		
住所	〒520-〇〇〇〇 大津市〇〇〇3-1 ☆マンション101号								
適用対象者 (被保険者の場合は記入の必要がありません)	氏名	農業花子				被保険者との続柄	妻		
	生年月日	昭和・平成 △年 △月 △日				性別	男・女		
	住所	〒520-〇〇〇〇 大津市〇〇〇3-1 ☆マンション101号							
療養予定期間	平成 △年 △月 △日～平成 □年 □月 □日					※記載のない場合、原則受付した月の1日から年度末日までの有効期限となります。			
平成 年 月 日 上記のとおり交付申請いたします。									
滋賀県農協健康保険組合理事長 殿									

※限度額適用認定証は事業所経由で送付いたしますので、早めの申請をお願いいたします。

受 付 印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバー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、本人確認するための添付書類が必要です。

備考欄