

※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		令和 年 月 日		※有効期限		令和 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

(上位所得者・一般所得者用)

(記入例)

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・令和 △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・令和 △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	令和 △年△月△日～令和 □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。		
令和 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