

被保険者が非課税者の場合は
この用紙は使用できません。

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者証 記号－番号	1 2 3 － 4 5 6	被保険者氏名 及び生年月日	倉庫 太郎 昭和 平成 63年 12月 13日	倉庫
事業所 (任継は記入不要)	名称	〇〇倉庫 株式会社		
	所在地	東京都江東区富岡〇丁目〇〇番地〇号		
適用対象者 (療養を受ける方)	氏名	倉庫 太郎	被保険者との続柄	本人
	生年月日	昭和 平成 63年 12月 13日	性別	男・女
① 被保険者の住所	〒111-1111 東京都江東区富岡〇丁目〇〇番地〇号			
② 限度額証の使用開始日	平成 30年 8月 1日から (入院・外来) で使用			
《送付先選択欄》 ※いずれか一つを選択して下さい。				
<input checked="" type="checkbox"/> 事業所（本社）の担当者宛に送付希望（組合が登録している住所へ送付します） 事業所経由とする同意が必要となりますので、下記に署名・捺印してください。				
被保険者氏名 倉庫 太郎 倉庫				
<input type="checkbox"/> 自宅へ送付希望 平日（9時～17時）に連絡の取れる電話番号 ()				
<input type="checkbox"/> その他を希望（代理人へ送付を希望の場合は、身分関係（続柄）等を記入してください） その他を希望する理由 _____ 住所 〒 _____ 宛名 _____				

※被保険者が非課税者の場合は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に非課税証明書を添付し申請して下さい。

被保険者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、備考欄に記載してください。
(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。)

受 付 日 付 印

備考欄	
-----	--

< 健保組合記入欄 >

適用区分		有効期限	平成 年 月 日
------	--	------	----------

倉庫業健康保険組合