

健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	担当者

				交付年月日		年 月 日	
被保険者証 記号・番号	記 号		番 号		区分	ア イ II ウ I エ オ	
					適用期間	年 月 日～ 年 月 日	
被保険者	氏 名				生年 月 日	昭・平 年 月 日	
適用対象者 (被保険者の 場合は 記入不要)	氏 名				被保険者 との続柄		
	生年月日	昭・平・令	年	月 日	性 別	男 ・ 女	
認定証の 適用年月について		使用開始予定年月 を記入してください。 令和 年 月					
I、適用対象者 の住所		〒					
II、事業所	名 称						
	所 在 地	〒					

限度額認定証 送付希望先 右のいずれかに○をしてください	I、適用対象者の住所
	II、事業所
	III、その他（記入してください）
	〒

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。

※注意 適用対象者が70歳以上の方で、次の該当者以外は申請不要です。
【高齢受給者証の負担割合が3割の方の内、標準報酬月額が28万円～79万円の方】

送付先 長野県機械金属健康保険組合
 〒390-0874 長野県松本市大手3-6-20

FAXでの送信も可 FAX番号 0263-33-4124