

起 案 年 月 日					令 和 年 月 日	
常務理事	事務長	部長	課長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 千円	ア・イ ウ・エ 現役Ⅱ・現役Ⅰ

(※ 上欄は記入しないでください。)

健康保険限度額適用認定証交付申請書

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無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。

被 保 険 者	記 号	50	番 号	100
	氏 名	連合 太郎		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	55 年 3 月 31 日	
適 用 対 象 者	氏 名	連合 花子		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	58 年 8 月 1 日	続柄 妻
送 付 先	・ <input type="checkbox"/> 会社 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 { 〒 - }			
備 考				

上記のとおり申請いたします。

令和 6 年 12 月 1 日

丸紅連合健康保険組合理事長 殿

住所 〒 530 - 0000

大阪市北区〇〇町〇-〇-〇

(被保険者)

氏名 連合 太郎

TEL 06 (1234) 5678

受 付 日 付