

決 裁 欄	常務理事	事務長			適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・Ⅰ
					標準報酬月額	千円
					交付年月日	令和 年 月 日
					発効年月日	令和 年 月 日
					有効期限	令和 年 月 日

健康保険 限度額適用認定申請書
健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請区分		入院・通院				
被保険者証 記号・番号		記号	番号			
		事業所名	信用金庫			
被 保 険 者	氏名	Ⓜ			生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒				
適 用 対 象 者	氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日
	性別	男 ・ 女			被保険者 との続柄	
申請区分:入院 入院予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
申請区分:通院 必要とする期間		年 月 まで ・ 未 定				
認定証送付先		事業所 ・ 自宅 ・ その他				
(送付先がその他の場合の住所等) 備考		〒				
被保険者本人 市町村民税の課税区分		課 税 ・ 非 課 税				

上記のとおり健康保険限度額適用(標準負担額減額)認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

●●●●●●●●
受付日付印

【問い合わせ先】
三岐しんきん健康保険
〒509-0203
岐阜県可児市下恵土2885番地1
TEL (0574)61-2650