

| | | | | | | |
|-------------|------|-----|--|--|--------|---------------|
| 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

令和3年6月1日