

健保 決裁 欄	業務部長	業務課長	係		
電算入力日	令和	年	月	日	入力者

# 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

本所受付



事業所 名称 所在地	(任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入の 必要がありません。)	被保険者証 記号・番号	●		
被保険者 氏名	印	適用対象者 氏名	続柄		
			性別	男・女	
生年月日	昭・平・	年	月	日	適用対象者 生年月日
適用対象者 住所	(〒 - )				
療養開始 年月日	令和	年	月	日	傷病名
					※療養開始年月日にかかわらず、申 請書が健保に受理された月の初日 から有効な限度額認定証を交付し ます
					(いつ) 年 月 日
					(どこで)
					(どのように)
業務に関連が		通勤災害で		交通事故など第三者行為で	
ある ない		ある ない		ある ない	

※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

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。