

※	常務理事	事務長	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
	起 案 年 月 日					

※印欄は記入しないでください。

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	記 号		番 号	
事業所	名 称			
	所在地			
被保険者	氏 名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
適用対象者	氏 名		性 別	
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
	住 所	〒		
備 考				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>大阪府農協健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				

注) 外傷性の場合は「負傷届」も添付してください。

・被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

※ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。