

認定証の有効期限	令和 年 月 日				
令和 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	課長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇		事業所の名称	〇〇信用金庫	
被保険者	氏名	信金 太郎	生年月日	昭和・平成	〇〇年〇〇月〇〇日
適用対象者	氏名	信金 花子	生年月日	昭和・平成・令和	〇〇年〇〇月〇〇日
	性別	男 ・ 女	被保険者 との続柄	妻	
備考※					

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 札幌市中央区北4条西5丁目
被保険者
(適用対象者) 氏名 信金 太郎

