

【お願い】この申請書は対象者毎にご提出ください。

常務理事	事務長		担当者

## 健康保険限度額適用認定申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。  
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被保険者証	記号	番号	事業所名称	愛媛銀行
	1600	1234		
被保険者	氏名	媛銀 太郎	所属（部店）	本店営業部
	生年月日	昭平令 ○○年○○月○○日		
	住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町1-1		
適用対象者	氏名	媛銀 一郎	被保険者との続柄	長男
	生年月日	昭平令 ○○年○○月○○日	性別	男
適用年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 <small>*記載がない場合、受付した月の1日から1年間有効となります。</small>			
送付希望先	所属（部店）以外のご住所に送付を希望する場合にご記入ください。			
	〒 住所 宛名			

被保険者のマイナンバー記入欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

⇒

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 年 月 日

愛媛銀行健康保険組合理事長 殿

健保記入欄	標準報酬月額	83万円以上	
		53万円～79万円	
		28万円～50万円	
		26万円以下	
	低所得者		
有効期限	令和 年 月 日		

受付年月日