

常務理事		事務長		課長		係長		係		令和	決定伺 年月日
標準報酬月額				千円							
発効年月日				令	和	年	月	日			
有効期限				令	和	年	月	日			
適用区分											

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証記号・番号		●			
事業所	名称				
	所在地	〒 ー			
被保険者	氏名				
	生年月日	○ 昭和 ○ 平成 年 月 日 ○ 令和			
	住所	〒 ー			
適用対象者 (被保険者本人の場合、記入の必要はありません。)	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	○ 昭和 ○ 平成 年 月 日 ○ 令和		性別	○ 男 ○ 女
	住所	〒 ー			
送付希望先		○ 1. 事業所 ○ 2. 自宅			
交付必要期間 (入院予定期間などをご記入ください。)		令和 年 月 日 ~ 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。

新潟県農業団体健康保険組合理事長 様



資格取得	昭・平・令 年 月 日
資格喪失	令和 年 月 日