

常務	事務長	課長	担当

限度額適用認定証の申請前に、以下をご確認下さい。

1. マイナ保険証をお持ちですか (持っている 持っていない) いずれかに

この申請は、原則不要です。
マイナ保険証で受診してください。

ご申請下さい。

埼玉県農協健康保険組合 理事長 殿

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	—	事業所の名称	
	被保険者 氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	適用対象者 氏名		(続柄:) 生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	療養予定期間(申請期間) ※申請月の初日から最長で1年間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	被保険者(適用対象者)の住所	〒 —		
	認定証の送付希望先	自宅・勤務先	※自宅へ送付希望の場合は、上記住所へ送付します。	

申 請 代 行 者 欄	※被保険者以外の方が申請する際にご記入ください。		
	氏名	被保険者との関係	電話番号
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で記入できないため。 <input type="checkbox"/> その他()	

年 月 日 上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

以下は健保記入欄のため、記載しないでください。

発効年月日	令和 年 月 日	適用区分
有効期限	令和 年 月 日	

受付印	確認印

常務	事務長	課長	担当

限度額適用認定証の申請前に、以下をご確認下さい。

1. マイナ保険証をお持ちですか (持っている 持っていない) いずれかに

この申請は、原則不要です。
マイナ保険証で受診してください。

ご申請下さい。

埼玉県農協健康保険組合 理事長 殿

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号		888—999		事業所の名称		〇〇農業協同組合		
	被保険者	氏名	健保 太郎			生年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日	
	適用対象者	氏名	同上 (続柄:本人)			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	療養予定期間(申請期間) ※申請月の初日から最長で1年間			令和 〇年 7月 20日 ~ 令和 〇年 7月 30日					
	被保険者(適用対象者)の住所			〒***-1234 さいたま市見沼区北〇〇1-2-3-4					
	認定証の 送付希望先		自宅・勤務先			※自宅へ送付希望の場合は、上記住所へ送付します。			

申 請 代 行 者 欄	※被保険者以外の方が申請する際にご記入ください。							
	氏名				被保険者との関係	電話番号		
	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で記入できないため。 <input type="checkbox"/> その他()						

〇年 7月 5日 上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

以下は健保記入欄のため、記載しないでください。

発効年月日	令和 年 月 日	適用区分
有効期限	令和 年 月 日	

受付印	確認印