発　効　年　月　日	令和　　年　　月　　日	決　　裁		
有　効　期　限	令和　　年　　月　　日	常務理事	事務長	係
適　用　区　分	ア　イ　ウ　エ　オ			

健康保険限度額適用認定申請書

※マイナンバーカードを健康保険証として利用することで限度額適用認定証の発行が不要になります

マイナンバーカードの保険証利用登録をしていますか				□ 登録済み　　□ 未登録		
被保険者 記号 ・ 番号	・	被 保 険 者		氏　名 生年月日 （和暦）	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
適用対象者氏名 （被保険者の場合、記入不要）		生年月日 （和暦）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		被保険者 との続柄	
適用対象者の住所 （被保険者の場合、記入不要）	〒					
交付必要期間 （入院予定期間などを記入）	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。

令和　　年　　月　　日

日本信号健康保険組合理事長　殿

〒

被保険者
住　所
氏　名

受付年月日

R7.4