

決	常務理事	事務長	事務次長	担当
裁				

健康保険限度額適用認定申請書

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。  
 ◎「※」印は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		性別		
※	(左詰め)	(氏)	(名)	男・女		
生年月日		被保険者の住所				
昭和 平成 令和	年 月 日	〒 -				
電話番号(日中の連絡先)		被保険者の勤務する事業所				
		名称				
		所在地				
申請 代行者	申請代行者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		適用対象者との関係			
	(氏)	(名)	事業所担当者・その他( )			
適用 対象者	※適用対象者が本人の場合、氏名欄に「本人」と記入。生年月日・続柄・性別は記入不要。					
	氏 名		生 年 月 日	続 柄	性 別	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		男・女
	認 定 証 必 要 期 間					
	令和 年 月 日 ~ ( ) 月 日 間					
入院等の理由(傷病名等)						
送 付 先	上記被保険者住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください。 ※会社宛の場合は、社名・部署などをご記入の上、個人名も必ずご記入ください。					
	住 所	〒 -				
	電話番号	(日中の連絡先)TEL				
	宛 先					
備 考						
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。					
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)または申請代行者が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人または申請代行者が確認している。					

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

受付印