

健康保険限度額適用認定申請書

※ 怪我(負傷)の場合は「負傷原因届」を添付して下さい。

健康保険証の記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日		所在地
対象者 <small>(被保険者の場合は記入の必要がありません)</small>	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者住所		〒			
認定証必要期間(必須)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
認定証の送付先 (いずれかに○をつける)			事業所 ・ 被保険者住所		

※	申請代行者	氏名		被保険者との続柄	
		住所	〒		
		電話番号	()		
申請代行の理由		1 被保険者本人が入院中のため。 2 その他			

※欄は、被保険者および入院する方以外の方が申請する場合に記入してください。。

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。

【健保組合処理欄】

発効年月日	年 月 日	常務理事	業務課長	係
有効期限	年 月 日			
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ			

受付日付印