

伺いの日	平成 年 月 日
認定日	平成 年 月 日
受付番号	第 号

部長	課長	係長	係

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	
被保険者氏名	㊞		生年月日	昭和・平成 年 月 日
			日中の連絡先	電話 — —
被保険者住所	〒			

認定対象者氏名 <small>(被保険者の場合は記入の必要はありません。)</small>		生年月日	昭和・平成 年 月 日
--	--	------	-------------

療養予定月 (入院予定月等)	平成 年 月	申請は1ヶ月前から受付ます。 記載がない場合、原則受付した月の1日から有効となる 認定証が交付されます。
-------------------	--------	--

希望送付先	上記被保険者住所欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
住所	〒	電話	— —
宛名		被保険者との関係	

申請代行	申請代行は、被保険者が当該申請書の作成(申請)ができない場合に限ります。		
申請代行者	氏名	㊞	被保険者との関係
	連絡先	電話	— —
申請代行的理由	1. 被保険者本人が療養中で作成(申請)できないため。 2. その他 ()		

備考	
----	--

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【健康保険組合記入欄】

標準報酬月額	千円	適用区分	
--------	----	------	--

受付日付印

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。 平成 年 月 日