

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証記号番号 (カード証の記号・番号)					
被保険者	氏 名			印	
	生年月日	年	月	日	
適用対象者	氏 名			事業所	名 称
	生年月日	年	月	日	所在地
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性 別
被保険者(適用対象者)住所		〒 ー			
現在療養中の医療機関名					
入院療養等で認定証が必要な期間		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。

受付印