

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)		1011-2568			
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所	名称	〇〇 株式会社
	生年月日	昭和50年 6月 18日		所在地	東京都 〇〇区 〇〇町2-9-4
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭和55年 7月 30日	性別		男 ・ 女
被保険者(適用対象者)住所		〒 111 - 1111 東京都 〇〇区 〇〇町2-9-4			
現在療養中の医療機関名		△〇〇 病院			
入院療養等で認定証が必要な期間		令和 元 年 11 月 15 日 ~ 令和 元 年 12 月 5 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