

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	(記号) (番号)	申請日	令和 年 月 日
被保険者 氏名	印	被保険証 記載の 事業所名称	
被保険者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	勤務先 携帯 自宅 ()
交付対象者	ふりがな	性別	男 ・ 女
	氏名		
※被保険者の場合は氏名欄に本人と記入。他の欄は記入不要。	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄
認定証 送付先	※勤務先の場合 会社名 部署名		
	※自宅などの場合 (〒 -)		
認定証 必要期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※発効期間は最長3カ月としています。必要な方は再度申請してください。		

※被保険者本人以外の方が申請する場合にご記入ください

申請代行者	氏名	印	被保険者 との関係
	連絡先		
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 ()		