

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日
備考	

常務理事	事務長	係

### 健康保険限度額適用認定証申請書

団体名： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

※太枠内にもれなく記入して下さい。

被保険者名	記号		氏名	
	番号		生年月日	年 月 日
	団体名			
個人番号			※記号番号の記載があれば、個人番号は記載不要	
認定対象者等	認定対象者名 及び生年月日		男・女	被保険者との続柄
		生年月日： 年 月 日生		
	認定対象者の 住所	〒 — 電話番号 — —		
	使用区分	入院 ・ 外来		
	入院の予定 される期間	令和 年 月 日から約 日・週・月間・未定		
	上記の通り申請します。 令和 年 月 日			
代理人が申請する場合	連絡先： 代理人の 電話： 氏名：			
	被保険者と関係 ( )			
	代理人が申請する理由 ( )			

この申請に記入された個人情報は、健康保険限度額認定証を交付する目的以外には使用しません。

以下は健保使用欄ですので記入しないで下さい。

交付日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
標準報酬月額・適用区分	千円	千円
有効期限	令和 年 月 日	令和 年 月 日
証回収日	令和 年 月 日	令和 年 月 日