

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		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					※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