

常務理事	係

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号	-						
	被 保 険 者	氏名						
		生年月日	年	月	日			
		会社名						
	適 用 対 象 者	所属部署		職場電話番号				
		氏名		被保険者との続柄				
		生年月日	年	月	日			
		性別	男・女					
		適用対象者の住所	〒					
	受診医療機関名							
認定証を必要とする期間（最大 1年間）	令和	年	月	日より 令和	年	月	日まで	
「認定証」 送付先 □にレを入 れ必要箇所 にご記入く ださい	<input type="checkbox"/>	上記適用対象者の住所						
	<input type="checkbox"/>	事業所 宛	住所 〒	事業所名				
	<input type="checkbox"/>	その他 郵送の場合 *お届け先住所をご記入ください 〒						

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。

被保険者のマイナンバー記載欄
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和	年	月	日	(受 付 印)	
	発効年月日	令和	年	月	日		
	有効期限	令和	年	月	日		
	適用区分						
	備考						