

健康保険 限度額適用認定申請書

提出日 年 月 日

下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。

*** 使用後要返却 *** 有効期限が切れましたら、速やかに健康保険組合までご返却下さい

被保険者証 記号・番号	(記号) —	(番号)	事業所名称		
被保険者 (保険証氏名)	氏 名			行員番号	
	生年月日	昭平	年 月 日	所 属	
限度額認定証 適用対象者	氏 名			被保険者 との続柄	
	生年月日	昭平令	年 月 日		
使用予定期間 〈記入必須〉	年 月 日 ~ 年 月 日			※使用目的(○をつけて下さい) 1. 入院 2. 外来	
被保険者 (適用対象者) の住所	〒 【送付希望先 ※会社で受け取れる場合は会社に○】 1.会社(行内便) 2.自宅 3.その他(備考欄へ住所を記入)				

申請代行者 ※被保険者以外の方が申請する場合に記入	氏 名		被保険者 との関係	
	電話番号	内線	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()

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
【注】マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備 考	
-----	--

※事業所使用欄

担当者チェック

受付日

※健保使用欄

常務理事	事務長	担当者