

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号番号		—	事業所の名称	
被保険者 情報	氏名	⑩	生年月日	昭・平 年 月 日
被保険者の住所		〒 —		
適用対象者 情報	氏名		生年月日	昭・ 平・令 年 月 日
	被保険者との 続柄		申請期間 (療養予定期間)	平・令 年 月より 平・令 年 月まで

被保険者の方のご住所と別の場所に送付を希望される場合は、以下もご記入ください。	
送付希望先の住所	〒 —
宛名	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ()

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

受付日付印

<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。 ・備考欄に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()