健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	事務長	総務課長	担当者

被保険者証記号番号		6　　－			
被保険者	氏名	フリガナ 印	事業所	名称	
	生年月日	S H　　年　月　日		所在地	
適用対象者	氏名	フリガナ	被保険者との続柄		
	生年月日	S H R　　年　月　日	性別	男　・　女	
被保険者（適用対象者）住所					
療養予定期間 （認定証が必要とされる期間）		令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日			
〇で囲んで下さい。		入　院　　・　　その他療養			
交付の目的 できる範囲でご記入ご協力お願いします		①　外傷性の手術 ②　疾病治療 ③　その他　　（　　）			

※　通常は、事業所を経由して認定証を交付しています。ご事情がある方は予めご連絡をおねがいします。

郵送希望の場合は下記に送付先をご記入ください。

□　上記被保険者住所と同じ

□　上記以外　　〒

受付　年　月　日