

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 欄	1	記号番号														
	2	フリガナ														
		氏名														
	3	生年月日	昭和・平成			年			月			日				
	4	住 所	〒										TEL	()		
5	「4」以外の送付先	〒										TEL	()			
		宛名														

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	6	被保険者本人ですか？ 被扶養者ですか？	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記「12」欄(診療予定期間)のみを記入 <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「12」欄を記入																	
	7	氏 名	(フリガナ)																	
	8	被保険者との続柄							9	性別	男 ・ 女									
	10	生年月日	昭和・平成・令和			年			月			日								
	11	住 所	〒										TEL	()						
12	診療予定期間	令和			年			月			日	～	令和			年			日	予定

上記の通り、健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

/ 受付日付印 \

健保組合使用欄	
適用期間	処理担当者
年 月 日 ～	
年 月 日	