

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	ケンポ タロウ
		氏名	健保 太郎
	3	生年月日	昭和・平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
	4	住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ TEL ○ ○ ○ (○ ○ ○ ○) ○ ○ ○ ○
○○県○○市○○町1-1			
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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記「7」～「12」欄を記入			
	7	氏名	(フリガナ) ケンポ アイコ			
			健保 愛子			
	8	被保険者との続柄	妻	9	性別	男 ・ 女
	10	生年月日	昭和・平成・令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日			
	11	住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ TEL ○ ○ ○ (○ ○ ○ ○) ○ ○ ○ ○			
○○県○○市○○町1-1						
12	診療予定期間	令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 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	