

常務理事	部長	担当者	適用区分	標準報酬月額	千円	発効年月日	年 月 日
			ア・イ・ウ・エ	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日

## 健康保険 限度額適用認定申請書

① 被保険者証の 記号番号	(記号)	(番号)	②事業所名	
被保険者の	③氏名	(カナ)	④生年月日	昭和 平成 年 月 日
	⑤住所	〒 ー TEL ( )		
認定証交付対 象者の	⑥氏名	(フリガナ)	⑦生年月日	昭和 平成 年 月 日
	⑧性別	男 ・ 女	⑨被保険者との続柄	
	⑩療養(予定)期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月		
⑪ ⑤とは別の送付先を希 望する場合は、その送 付先	〒 ー TEL ( )			
	(宛名)			
⑫備考	※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)			

### ◎注意事項

受付年月日

- この申請書は、70歳未満の方が療養される(されている)場合に使用してください。
- 対象者が被保険者本人の場合、⑥⑦⑧⑨の記入は不要です。
- 被保険者が自ら記入(自署)する場合は、押印は不要です。