

No.

適用区分	標報月額	千円	発効年月日	年 月 日	常務理事	部長	係長	担当者
ア・イ・ウ・エ・Ⅱ・Ⅰ	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	年	月	日	
	⑤住所	〒						
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・令和	年	月	日	
	⑧性別	男	・	女	⑨被保険者との続柄			
	⑩療養(予定)期間	令和	年	月	～	令和	年	月
⑪ ⑤とは別の送付先を希望する場合は、その送付先	〒							
	TEL ()							
⑫備考	(宛名)							
	※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歳未満及び70歳以上の現役並み所得者ⅠまたはⅡの区分に属する方が療養される(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。