

常務理事	事務長	扱 者

所属事業所 担当者印
印

### 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 (被保険者手帳)	記号		番号					
被 保 険 者	氏名				印			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日			
事 業 所	名称							
	所在地	〒						
適 用 対 象 者	氏名		被保険者 との続柄					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女	
被 保 険 者 ( 適 用 対 象 者 ) の 住 所		〒						
当 該 認 定 証 を 提 出 す る 医 療 機 関	名 称							
	所在地	〒						
	入院日・外来開始日		年	月	日			
	想定される入院・ 通院期間		年	月	日	～	年	月

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

