

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	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	

