

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	000	番号	0000	
被保険者	氏名	健康 太郎			健康印
	生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日			
事業所	名称	株式会社〇〇〇			
	所在地	東京都品川区西五反田 2-2-3			
適用対象者	氏名	健康 太郎	被保険者 との続柄	本人	
	生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日	性別	男・女	
被保険者(適用対象者)の住所		〇〇県△△市□□町 123			
当該認定証を 提出する 医療機関	名称	〇〇〇病院			
	所在地	〇〇県△△市□□町 456			
	入院日・外来開始日	XX 年 XX 月 XX 日			
	想定される入院・ 通院期間	XX 年 XX 月 XX 日～ XX 年 XX 月 XX 日			

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。

XX 年 XX 月 XX 日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

