

常務理事	事務長	扱者

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			
	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	被保険者の 日中連絡先 () —
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 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。

年 月 日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

