

健康保険限度額適用認定申請書

健康保険の記号番号		記号	番号		
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		所在地
認定証交付対象者 <small>(被保険者の場合は記入の必要はありません。)</small>	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
被保険者の住所		〒 ー			
上記の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住所	〒 ー			
	宛名	電話 ()			
交付必要期間		年 月 ~ 年 月			
<small>※記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。</small>					

※	申請代行者	氏名			被保険者との関係
	申請代行者の住所		〒 ー		
	申請代行の理由	氏名	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他()		

※被保険者、認定証交付対象者以外の方が申請する場合にご記入ください。
 ※申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付する場合にご記入ください。

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。 令和 年 月 日提出

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【健康保険組合処理欄】

決 裁				
常務理事	事務長	次 長	課 長	担当者

受付年月日

処 理 結 果	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月末
適用区分	ア・イ・ウ・エ