

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		
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		
			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	

