

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	〒141-0031 東京都品川区西五反田〇〇-〇〇-〇〇		
適対象者	氏名	健康 太郎	被保険者 との続柄	本人
	生年月日	昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日	被保険者の 日中連絡先	(090) XXXX-XXXX
被保険者(適対象者)の住所		〒123-4567 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	〒123-6789 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	

