

常務理事	事務長	課長	担当者

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	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇-〇〇
被保険者	氏名	健保 太郎		
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇		
事業所	名称	〇〇〇〇株式会社		
	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女
被保険者（適用対象者）の住所		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		
当該認定証を提出する医療機関	名称	□□病院		
	所在地	□□県□□市□□町□□-□□		
	療養予定期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	※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。			

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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

健康保険組合記入欄			
認定証 交付日		認定証 回収日	

